

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juillet 1909, à heure,

PAR LE

Docteur A. GIRAULD,

De la Faculté de Médecine de Paris,
Ancien externe des Hôpitaux et de l'Hôpital Saint-Louis,
Attaché aux Laboratoires des Services techniques d'Hygiène
de la Ville de Paris,
Chef de Laboratoire à la Maternité de l'Hôpital de la Charité,
Médaille d'honneur des Epidémies,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CONGÉNITALE

ET LE

SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN

Président : M. PAUL BAR, professeur,

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur,
 AUVRAY }
 DEMELIN } agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

GAUTHIER-VILLARS, IMPRIMEUR-LIBRAIRE

DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE,
Quai des Grands-Augustins, 55.

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR :

Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique du zimphène (*Comptes rendus de la Société de Thérapeutique*, juin 1907).

En collaboration avec M. le Dr Robert Cambier.

Sur une méthode de recherche du bacille typhique (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 10 juin 1901).

Nouvelle contribution à la recherche du bacille typhique (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 23 décembre 1901).

Pouvoir antiseptique du zimphène (acide métaoxycyanocinnamique) (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, février 1907).

En collaboration avec M. le Dr Léon Tissier.

Syphilis congénitale (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, janvier 1908).

Hérédo-syphilis et macération fœtale (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, décembre 1908).

Présentation d'un monstre atteint de malformations multiples (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, janvier 1909).

En collaboration avec M. le Dr Paul Gastou.

Fréquence du tréponème hépatique dans la macération fœtale et syphilis congénitale (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, février 1908).

La syphilis héréditaire congénitale et la macération fœtale (*Annales des maladies vénériennes*, avril 1908).

Séro-diagnostic (réaction de Wassermann) chez un malade atteint de chancre syphilitique de l'amygdale (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1908).

Présence du spirochète pâle de Schaudinn dans les fibres conjonctivo-élastiques d'une gomme hépatique chez un hérédo-syphilitique (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, mars 1909).

En collaboration avec M. le Dr Henri Géraud.

Anomalie du vagin (*Bulletin de la Société anatomique*, février 1907).

En collaboration avec M. le Dr Edmond Fiquet.

Antisepsie gastro-intestinale par le zimphène (*Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 27 mars 1909).

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juillet 1909, à heure,

PAR LE

Docteur A. GIRAULD,

De la Faculté de Médecine de Paris,
Ancien externe des Hôpitaux et de l'Hôpital Saint-Louis,
Attaché aux Laboratoires des Services techniques d'Hygiène
de la Ville de Paris.
Chef de Laboratoire à la Maternité de l'Hôpital de la Charité,
Médaille d'honneur des Epidémies,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CONGÉNITALE

ET LE

SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN.

Président : M. PAUL BAR, professeur,

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur,
 AUVRAY } agrégés.
 DEMELIN }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

GAUTHIER-VILLARS, IMPRIMEUR-LIBRAIRE

DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE,

Quai des Grands-Augustins, 55.

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

	Doyen.....	M. LANDOUZY
	Professeurs.....	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		P. MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique.....		POUCHET
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Maladies des enfants.....		LANDOUZY
Clinique des mal. mentales et des mal. de l'encéphale		HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		G. BALLET
Clinique des maladies du système nerveux		GAUCHER
		RAYMOND
Clinique chirurgicale	}	DEL BET
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.....		SEGOND
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	BAR
		PINARD
Clinique gynécologique		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON
		A. ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DE MELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI HERBET,

CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MIQUEL,

DIRECTEUR DES LABORATOIRES DES SERVICES TECHNIQUES D'HYGIÈNE
DE LA VILLE DE PARIS,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TISSIER,

ACCOCHEUR DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL GASTOU,

DIRECTEUR DU LABORATOIRE CENTRAL ET DE RADIOLOGIE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CAMBIER,

SOUS-DIRECTEUR DES LABORATOIRES DES SERVICES TECHNIQUES D'HYGIÈNE
DE LA VILLE DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR,

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET DE GYNÉCOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Docteur PIERRE MERKLEN, Médecin de l'Hôpital Laennec, Chevalier de la Légion d'Honneur (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur agrégé MARCEL LABBÉ, Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON, Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur ANDRÉ PETIT, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Externat (15 mai 1905-25 décembre 1908).

Monsieur le Docteur MUSELIER, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Professeur agrégé J.-A. SICARD, Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur HENRI HERBET, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur PAUL MICHAUX, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

Monsieur le Docteur DANLOS, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Monsieur le Professeur agrégé CH. LENORMANT, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur AUVARD, Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.

Monsieur le Docteur LÉON TISSIER, Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé A. BRINDEAU, Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur agrégé A. COUVELAIRE, Accoucheur des Hôpitaux.

PRÉFACE.

Le travail de M. Girauld constitue une consciencieuse contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. Entrepris en 1907 sur les conseils de M. le Dr Tissier, peu après la découverte du spirochète de Schaudinn, il se proposait de rechercher systématiquement cet organisme dans le foie de tous les fœtus macérés, dans le but d'établir, sur des données bactériologiques plus précises que ne pouvait le faire la simple observation clinique, la part qui revient à la syphilis dans la genèse de la macération fœtale.

A ce point de vue la statistique de l'auteur, portant sur 125 macérés expulsés prématurément ou à terme, nous montre, dans 64 pour 100 des cas, le spirochète existant dans le foie de ces fœtus. Cette proportion doit être tenue pour un minimum, à cause de l'imperfection des méthodes qui ne permettent pas toujours à coup sûr de mettre le tréponème en évidence, surtout quand il est très rare dans les tissus considérés. Toutefois, on peut admettre avec l'auteur que, dans la grande majorité des cas, macération fœtale signifie syphilis du fœtus, même lorsque la mère ne présente aucun symptôme objectif, aucun commémoratif de cette maladie, même lorsque la réaction de Wassermann effectuée sur le sang de cette mère n'a fourni qu'un résultat négatif.

De cette conclusion découle une fois de plus la nécessité de soumettre au traitement mercuriel, qui stérilise le germe de la syphilis, toute femme qui procréé après avoir accouché d'un fœtus macéré; d'autre part, les recherches bactériologiques de l'auteur nous confirment ce que nous savions déjà au sujet de l'heureuse influence de ce traitement sur le produit de conception des femmes syphilitiques avérées. Incidemment, M. Girauld a été amené à constater quelques faits nouveaux du plus haut intérêt et à préciser certains points que l'observation clinique seule ne pouvait soupçonner. C'est ainsi qu'il nous montre que chez l'embryon de moins

de 6 mois on ne rencontre presque jamais le spirochète de la syphilis, si bien que contrairement à l'opinion admise autrefois on pourrait admettre que l'avortement provoqué par cet agent infectieux est peut-être moins fréquent qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour. Il insiste, et ce fait a été confirmé depuis, sur la rareté extrême du tréponème dans le placenta; il y a peut-être là un processus de bactériolyse qu'il serait très intéressant d'élucider et dont j'ai engagé l'auteur à poursuivre l'étude; il nous montre son absence dans les organes des monstres dont les malformations sont trop souvent mises au compte de la syphilis au sens propre du mot; il nous révèle une localisation nouvelle et intéressante du tréponème dans la trame conjonctivo-élastique des gommès hépatiques; enfin il nous décrit minutieusement la technique qu'il utilise pour la mise en évidence du tréponème dans les coupes histologiques. Cette technique, qui constitue une modification légère mais très heureuse de la méthode d'imprégnation à l'argent de Levaditi, donne comme j'ai pu le constater des préparations irréprochables dépourvues de tout précipité granuleux gênant l'examen microscopique.

Nous aurions souhaité quelques plus amples détails sur la technique de la réaction de fixation du complément et sur l'emploi de l'éclairage à fond noir dit *ultramicroscope*, mais l'auteur n'a pas voulu alourdir par ces descriptions accessoires son Mémoire déjà si documenté et si étendu.

Ce travail a été exécuté en partie dans notre Laboratoire; il est étayé sur des faits scrupuleusement observés et couronne dignement les laborieuses études médicales de M. Girauld, qui nous apporte depuis déjà plus de 10 années sa collaboration la plus dévouée et la plus précieuse.

D^r MIQUEL.

Paris, le 3 juin 1909.



LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CONGÉNITALE

ET LE

SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN.

INTRODUCTION.

Pour affirmer le diagnostic d'hérédo-syphilis, l'observation et les signes cliniques seuls trompent souvent ou peuvent faire défaut; les lésions histologiques du placenta et des viscères fœtaux sont loin d'être absolument caractéristiques et peuvent à la rigueur provenir de processus dégénératifs généraux et divers.

Au contraire, la présence du spirochète pâle de Schaudinn (reconnu aujourd'hui comme étant l'agent pathogène de la vérole) dans les organes examinés et en particulier dans le foie est la véritable pierre de touche permettant d'affirmer si les troubles et les lésions observées étaient d'origine syphilitique.

Pour apporter contribution à cette étude de la syphilis héréditaire congénitale, nous avons recueilli personnellement et journellement tous les cas suspects qui se sont présentés pendant 15 mois à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, du 1^{er} octobre 1907 au 25 décembre 1908; pendant toute l'année 1908 et les quatre premiers mois de 1909, à la Maternité de l'hôpital de la Charité. Nous avons pu réunir ainsi plus de 230 observations.

Nous avons divisé ces observations en quatre groupes :

Dans le premier groupe ont été placées les femmes dont la syphilis était indubitable, en pleine efflorescence syphilitique, présentant au moment de l'accouchement des accidents tels que : chancre, roséole, plaques muqueuses, buccales, anales, vulvaires.

Dans le deuxième groupe nous avons rassemblé les femmes

qui avaient eu, d'après nos informations, la syphilis, mais n'en présentaient plus de traces ou du moins ne présentaient pas d'accidents contagieux apparents lors de l'accouchement.

Dans le troisième groupe ont été réunies les femmes suspectes, c'est-à-dire celles dont la syphilis était seulement probable, probabilité dérivant de ce qu'on avait dit à ces femmes, dans divers services hospitaliers, des antécédents d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Enfin, dans le quatrième groupe, le plus fourni, nous avons placé les femmes qui, soigneusement examinées et consciencieusement interrogées, ne révélaient aucune présomption de syphilis.

Les produits des accouchements de ces quatre groupes de femmes ont été divisés, suivant leur nature, en plusieurs catégories :

Dans la première sont placés les avortements.

Dans la deuxième, les enfants morts et macérés.

Dans la troisième, les enfants mort-nés, ou morts peu après la naissance.

Dans la quatrième, les enfants vivants, porteurs de lésions syphilitiques.

Dans la cinquième, les enfants vivants, paraissant tout à fait indemnes et sains d'apparence.

Pour chaque observation, nous ne donnons que les renseignements pouvant présenter quelque intérêt; nous nous sommes donc bornés à indiquer :

- 1° Les antécédents de la femme ;
- 2° Les lésions syphilitiques certaines ou suspectes qu'elle pouvait présenter au moment de l'accouchement ;
- 3° L'âge de la syphilis et le traitement suivi ;
- 4° Le sexe, le poids du fœtus et du placenta ;
- 5° La présentation du fœtus et l'âge de la grossesse ;
- 6° Le poids du foie et la présence ou l'absence du spirochète soit dans le foie, soit dans le placenta.

Enfin, pour compléter nos observations, nous avons cru utile d'ajouter dans certains cas, où l'enfant était vivant, les résultats obtenus en pratiquant le séro-diagnostic de la syphilis soit par la méthode de Wassermann, soit par la méthode de Porgès.

La partie expérimentale de notre travail a eu pour but de dépister la syphilis du produit de la conception soit par la recherche du spirochète pâle de Schaudinn dans le foie après la mort, soit par le séro-diagnostic pendant la vie.

Nous avons pensé qu'ainsi comprise, l'expérimentation pourrait nous donner d'utiles renseignements et nous permettrait de vérifier ou de conclure :

1° Si les avortements répétés chez une même femme, les accouchements prématurés ou à terme d'enfants mort-nés ou morts peu après la naissance avaient pour cause la syphilis.

2° Quelle part devait être faite à la vérole dans les cas de macération fœtale et s'il existait des relations particulières entre le fœtus macéré et la virulence des accidents syphilitiques de la mère. Notre enquête n'a pu porter, sauf de rares exceptions, que sur la syphilis d'origine maternelle.

3° Quelle était l'influence du traitement mercuriel suivi par la femme syphilitique sur le produit de la conception.

4° Quelle était l'influence de la syphilis maternelle ancienne traitée et non traitée sur le même produit.

5° Si le séro-diagnostic de la syphilis permettait, dans tous les cas, de dépister une syphilis ancienne ou récente chez la mère et latente chez l'enfant.

Avant d'aborder notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser à tous ceux qui furent nos maîtres l'expression de notre plus vive gratitude et de notre plus cordial attachement.

C'est sur le conseil de M. le D^r Léon Tissier que nous avons entrepris cette étude ; nous le remercions des conseils qu'il nous a sans cesse prodigués ; nous lui sommes profondément reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait en nous associant à ses recherches.

M. le D^r Pierre Miquel, dont nous avons l'honneur d'être depuis 10 ans un des collaborateurs, a droit tout particulièrement à notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et pour tous les moyens qu'il a bien voulu mettre à notre disposition en vue de faciliter nos études médicales.

M. le D^r Henri Herbet et M. le D^r Paul Gastou ont été pour nous plus que des maîtres. La façon dont ils se sont toujours

occupés de nous, intéressés à nos progrès, à nos travaux, nous permet de leur témoigner ici notre très respectueuse affection.

Nous devons une bonne partie de notre instruction scientifique à M. le Dr Robert Cambier ; nous tenons à lui apporter ici tous les bien sincères remerciements de notre ancienne amitié.

M. le professeur Paul Bâr nous a fait le très grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse ; nous ne saurions trop l'en remercier.



HISTORIQUE.

La notion de l'influence de la syphilis sur la grossesse est presque aussi ancienne que la connaissance de la syphilis elle-même.

Dès la fin du xv^e siècle, on voit relatés par un historien florentin, Sigismond Tizio, des cas de transmission de vérole de la mère au fœtus.

Au xvi^e siècle, Paracelse affirme nettement la syphilis héréditaire. « *Le mal français, écrit-il, naît seulement de Vénus, ou il se transmet par hérédité.* »

Ambroise Paré rapporte plusieurs exemples de *grosse vérole* chez les nouveau-nés ; mais, avec la plupart des auteurs de cette époque, il semble croire à une contamination de l'enfant au passage ou par l'allaitement.

C'est au xviii^e siècle qu'Astruc étudie pour la première fois d'une façon plus précise les conditions de la syphilis des nouveau-nés. A cette époque, en effet, on fonda à Vaugirard un hôpital spécial pour les femmes enceintes atteintes de syphilis.

Au début du xix^e siècle, « il est généralement reconnu que l'enfant nouveau-né peut contracter la vérole en tetant une femme gâtée, et qu'une nourrice saine peut devoir cette maladie à son nourrisson lorsqu'il est infecté ; mais une chose sur laquelle les médecins sont moins d'accord entre eux, c'est de savoir si ces faibles créatures peuvent recevoir ce vice en héritage de leurs parents, soit au moment de la conception, soit pendant le cours de la gestation. On peut à cet égard se poser la question suivante, que les auteurs résolvent de différentes manières :

« L'enfant né d'une mère infectée a-t-il puisé dans son sein le virus avec la nourriture, ou bien a-t-il contracté la maladie lors de son passage à travers les parties génitales externes, siège ordinaire des symptômes syphilitiques.

» Tout homme sans prévention qui connaîtra les rapports intimes qui lient le fœtus à la matrice ne peut se refuser à admettre la

communication directe de la mère à l'enfant, et par conséquent la possibilité de lui transmettre ses maladies.

» Ce que nous annonce le raisonnement basé sur les connaissances anatomiques est encore bien prouvé par l'expérience journalière, qui nous apprend que, si le plus ordinairement les symptômes vénériens se manifestent chez les enfants 8 ou 15 jours, rarement 1 mois après la naissance (ce qui pourrait faire croire, comme beaucoup de médecins l'ont avancé, que l'infection ne date que de l'instant du passage), on a cependant des exemples d'enfants nés avec des signes non équivoques de cette contagion.

» Or, si l'on ne regarde pas comme tels, d'après M. Doublet, la macération, les phlyctènes et la lividité de la peau, on ne peut refuser cette origine aux ulcérations des parties sexuelles, aux pustules cutanées, et surtout aux végétations, qui ont été observées par M. Cullerier et plusieurs autres praticiens dignes de foi, affections qui ne peuvent être simulées par aucune autre maladie de l'enfance. »

« Les enfants qui naissent d'une mère vérolée, étant conçus et développés au moyen de sucs imprégnés du vice vénérien, ne jouissent que d'une santé débile, annoncée par la faiblesse des vagissements, la mollesse et la lividité de la peau, la décrépitude de la face, etc., faiblesse qui les met dans l'impossibilité de supporter les orages de la première dentition ; aussi, la plupart ne survivent-ils pas à cette époque critique du jeune âge. Souvent même l'influence destructive du virus (à laquelle les adultes résistent ordinairement par la force de leur organisation) s'exerce avec une telle activité sur le fœtus, qu'il meurt avant la fin de la gestation, si l'on n'arrête les progrès de l'infection par un traitement méthodique administré à la mère.

» Néanmoins, nous devons, en général, considérer l'existence du vice vénérien comme une simple cause prédisposante d'avortement, qui, dans le plus grand nombre de cas, ne peut à elle seule le déterminer sans le concours d'une cause accidentelle ou efficiente, telle qu'une chute, la danse, des évacuations trop abondantes, etc. C'est aussi pourquoi on voit ces espèces de fausses couches à toutes les époques de la grossesse.

» Quant à l'avortement spontané qui est heureusement plus rare, c'est communément pendant les premiers mois de la gestation et

assez souvent aux époques qui répondent à celles de l'apparition des menstrues, qu'il survient chez la femme affectée de syphilis. Le deuxième mois surtout est un des plus dangereux. Quelquefois, cependant, ce n'est que dans le courant du sixième ou septième mois que ce fâcheux accident a lieu.

» Nous avons vu un très grand nombre de personnes dont l'infection était inconnue ou négligée, et qui n'ont jamais pu conserver au delà de ce terme le fruit de la conception.

» L'usage du mercure, qui réussit presque toujours dans cette circonstance, a prévenu chez la plupart, lorsqu'on s'y est pris à temps, les fausses couches dont elles étaient menacées. Les autres n'ont pu jouir de cet avantage que pour les grossesses subséquentes. »

» L'expérience nous apprend tous les jours que les femmes atteintes du mal vénérien peuvent concevoir et que celles qui sont déjà enceintes peuvent contracter cette maladie aux différentes époques de la gestation.

» Un préjugé qui a régné fort longtemps en médecine, et qui n'a pas encore perdu tout son empire sur l'esprit de quelques praticiens, voulait, lorsqu'une femme était dans le cas dont nous parlons, qu'on attendît après l'accouchement pour procéder à son traitement, dans la crainte, disait-on, que le mercure ne causât l'avortement ou ne nuisît à la viabilité future de l'enfant. Cette manière de voir, dont on fit pendant plusieurs siècles un axiome de pratique, a dû avoir durant un si long temps des conséquences bien funestes ; cependant on voit encore à différentes époques quelques auteurs qui n'ont pas été entraînés par cette fausse opinion.

» Nicolas Massa, Garnier et de Blegny sont de ce nombre. Le premier entre autres, en 1531, faisait l'éloge des frictions mercurielles qu'il regarde comme infaillibles dans toutes les circonstances, ne les rejette ni pour les enfants ni pour les femmes enceintes (1). »

Les altérations, les lésions viscérales du nouveau-né hérédosyphilitique furent bien décrites en 1847 par Gubler, qui montre les rapports existant entre la syphilis des parents et les lésions de

(1) LAGNEAU, *La maladie vénérienne*, 1815. Gabon, éditeur.

l'enfant. Portal, en 1810, avait bien fait de semblables constatations, mais ne se doutait pas de la nature syphilitique des accidents observés chez le nouveau-né issu de parents syphilitiques.

Mauriceau, Levret rapportent des cas où le traitement mercuriel appliqué chez les femmes syphilitiques dont la grossesse était passée inaperçue (car à cette époque le mercure était absolument proscrit chez les femmes enceintes) eut une heureuse action et sur l'évolution de la grossesse et sur le fœtus. Avec l'ère contemporaine, les syphiligraphes et les accoucheurs multiplient les travaux et les statistiques à l'infini. « L'influence abortive et fœticide de la syphilis est surtout répandue et vulgarisée par le professeur Fournier ; son champ d'action s'agrandit considérablement. Ce n'est plus seulement lorsqu'elle est en activité qu'elle exerce son œuvre néfaste ; mais, alors même qu'elle semble éteinte, elle existe cependant en puissance, et, à l'occasion d'une grossesse, se révèle à nouveau en marquant son empreinte sur le produit de la conception. Enfin, les travaux de Barthélemy, d'Edmond Fournier, de Tarnowski montrent que l'influence de la syphilis s'étend au delà de la première descendance, et peut se manifester sur une série de générations successives.

Plus récemment, la découverte de l'agent pathogène de la syphilis, le *Spirochaete pallida* Schaudinn, les travaux de Bordet et Gengou sur les réactions humorales au cours des infections, appliquées par Wassermann à la recherche des anticorps syphilitiques, ont donné un nouvel intérêt d'actualité aux questions de la syphilis héréditaire, et les accoucheurs en particulier ont mis à profit ces méthodes de laboratoire pour contrôler les résultats de la clinique et essayer de résoudre les problèmes que celle-ci peut seulement poser.

C'est le 23 avril 1905 que Schaudinn et Hoffmann publièrent leur important Mémoire annonçant leur découverte dans certaines manifestations syphilitiques d'un microorganisme auquel ils donnèrent le nom de *Spirochaete pallida*. Peu de temps après, le même agent, reconnu expérimentalement spécifique de la vérole, reçut pour des raisons particulières le nom de *Treponema pallidum*. Quelques semaines après cette importante découverte, le 18 mai 1905, Buschke et Fischer furent les premiers à annoncer

qu'ils venaient de découvrir le même parasite dans le foie et la rate d'enfants hérédo-syphilitiques. Ces recherches furent confirmées simultanément par celles de Levaditi et d'un grand nombre d'autres expérimentateurs (Babès et Panca, Bandi et Simonelli, Bodin, Levaditi, Brindeau, etc.). Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 4 ans, le nombre des recherches s'est multiplié, de nombreux Mémoires ont paru, si bien qu'il n'y a plus de doute à avoir sur le rôle pathogène du spirochète pâle de Schaudinn, aussi bien dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire.



CHAPITRE I.

Influence de la syphilis, suivant son origine et son âge, sur l'évolution embryonnaire et fœtale.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse et la syphilis s'influencent réciproquement.

Nous n'insisterons pas sur l'action de la grossesse sur la syphilis. Ici, comme pour la plupart des infections, l'action de la grossesse, soit qu'elle mette la femme en état de moindre résistance, soit qu'elle exalte la virulence des germes pathogènes, se traduit par une aggravation manifeste de la maladie, par la recrudescence des symptômes généraux et l'exagération des symptômes ou phénomènes locaux.

Chez la femme enceinte, le chancre se caractérise par sa plus longue durée et sa tendance à l'ulcération ; les plaques muqueuses, par leur exubérance ; elles prennent le plus souvent la forme végétante hypertrophique en même temps que le processus ulcératif s'exagère. La régression et la tendance spontanée à la cicatrisation dès que l'accouchement s'est produit est une preuve que leur aggravation relève bien de l'état de grossesse.

Beaucoup plus importante et surtout plus grosse de conséquences est l'action de la syphilis sur la grossesse. Une vérité, aujourd'hui au-dessus de toute discussion, se dégage de l'examen des statistiques qui nous permettent de conclure avec le professeur Fournier à « *l'influence énergiquement meurtrière que le vice hérédo-syphilitique exerce sur le produit de la conception et sur l'enfant ; la vérole est de toutes les maladies celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge.* »

La syphilis est l'infection fœticide par excellence. Sur 239 grossesses provenant de syphilis à toutes les périodes, A. Fournier relève 176 morts, soit une mortalité de 73 pour 100.

Cette mortalité tient à deux causes :

1° A la fréquence des interruptions de grossesse, interruptions presque toujours dues à la mort du fœtus *in utero*.

C'est ainsi que Charpentier, réunissant diverses statistiques, trouve, chez 781 femmes syphilitiques, 302 avortements ou accouchements prématurés, soit une proportion de 38 pour 100.

2° A la polymortalité chez les enfants qui ont pu naître vivants.

Ces statistiques, considérées en bloc, ne donnent qu'une évaluation très approximative. En réalité, la syphilis exerce son action dans des conditions différentes, et, suivant les cas, les chiffres seront au-dessus ou au-dessous de la vérité.

D'une façon générale, l'influence heureuse du traitement mercuriel mise à part, deux facteurs interviennent pour aggraver ou atténuer les effets du virus syphilitique sur le fœtus :

I. L'origine de la syphilis.

II. L'influence du temps.

Suivant que la syphilis provient de l'un ou l'autre des géniteurs, ou des deux à la fois, elle sera dite d'*origine paternelle, maternelle* ou *mixte*.

Le Tableau suivant nous montre bien l'influence de l'origine de la syphilis suivant son origine :

	Enfants vivants.			Enfants morts.		
	Syphilis maternelle, p. 100.	Syphilis paternelle, p. 100.	Syphilis conjugale, p. 100.	Syphilis maternelle, p. 100.	Syphilis paternelle, p. 100.	Syphilis conjugale, p. 100.
D'après Fournier....	28	71	22	71	28	77
D'après Tarnowsky..	50	61	65	63	47	48
D'après Gastou.....	63	47,8	48,7	»	»	»

SYPHILIS ORIGINELLE PATERNELLE.

Cette origine est admise lorsque la mère, n'étant pas contagionnée directement par le mari, accouche d'un fœtus syphilitique. Elle a été niée par certains auteurs, Mireur, Langlebert, Adam, Ourie, Boulenger, qui s'appuient sur ce fait que le sperme n'est pas virulent et que son inoculation a toujours donné des résultats négatifs. Cet argument n'est pas valable, car, dans les inoculations expérimentales, le sperme n'agit que comme un liquide inerte, et non comme agent fécondant.

Par contre, Trousseau, Depaul, Mazé admettaient la transmission directe de la vérole paternelle au fœtus.

Dans la syphilis paternelle, la mère n'échappe pas à la contamination, mais ce n'est que secondairement par l'intermédiaire du fœtus qu'elle est infectée.

L'infection se ferait au niveau d'un chancre utéro-placentaire (Frænckel) ou directement par voie sanguine (P. Diday).

La contamination de la mère peut se manifester d'une façon évidente; c'est alors que la syphilis conceptionnelle est caractérisée par l'absence d'accident primitif (*syphilis décapitée*) et l'apparition d'emblée vers le troisième mois de la grossesse d'accidents secondaires.

D'autres fois, au contraire, on ne trouve chez elle aucune manifestation syphilitique.

L'infection n'en existe pas moins, mais elle est à l'état latent.

Une preuve en est fournie par la loi de Baumès-Colles :

Une mère ne peut être contagionnée par son enfant, même porteur de lésions virulentes.

Cette immunité ne s'explique guère, à moins d'admettre que la mère est déjà syphilitique.

Les faits de syphilis héréditaire par imprégnation sont également en faveur de cette infection latente de la mère.

Une mère ayant eu un enfant syphilitique d'un premier mari, sans avoir été contagionnée directement par celui-ci, peut concevoir d'autres enfants syphilitiques d'un deuxième mari indemne de toute syphilis.

Ici encore, il faut recourir à l'hypothèse d'une syphilis latente pour pouvoir expliquer ces faits.

Fournier donne dans sa statistique 103 grossesses dans lesquelles, les mères étant indemnes, les pères seuls étaient syphilitiques. Ces grossesses ont donné :

19 enfants vivants syphilitiques;

41 enfants mort-nés;

43 enfants morts peu après la naissance.

On a dit que la syphilis transmise à l'enfant par le père, sans contamination préalable de la mère, était impossible.

En réalité, le père peut transmettre directement sa syphilis. Le mécanisme intime de cette transmission semble s'expliquer, maintenant que nous connaissons l'agent spécifique de la vérole.

Nombreuses ont été les recherches du tréponème dans le sperme des syphilitiques; la plupart ont donné des résultats négatifs. Néanmoins, les deux cas positifs observés par Finger et Landsteiner sont suffisamment concluants pour pouvoir affirmer que, dans certaines conditions difficiles à préciser, le sperme peut contenir le virus syphilitique; dans ces conditions, la contamination serait d'origine spermato-ovulaire.

L'enfant peut donc être contaminé par le virus syphilitique paternel; mais la mère, étant saine, ne sera-t-elle pas contaminée à son tour par son enfant? L'enfant, dans ces conditions, sert d'intermédiaire pour contaminer sa mère.

La transmission de la vérole paternelle au rejeton se fait très certainement par la voie spermatique. Mais par quelle voie cette transmission peut-elle se faire? L'état actuel de nos connaissances ne permet pas de préciser, et nous sommes encore réduits à des hypothèses.

D'après Levaditi, la pénétration du tréponème dans l'ovule, facilitée peut-être par celle du spermatozoïde, est probable, mais il n'est pas impossible que le sperme puisse contaminer l'enfant par l'intermédiaire de la mère. La première de ces hypothèses paraît la plus vraisemblable et confirmée par la présence des tréponèmes dans l'ovule des nouveau-nés hérédosyphilitiques.

La mortalité infantile dans la syphilis originelle paternelle, la mère étant saine, est moindre que pour celle d'origine maternelle; elle serait de 25 pour 100 d'après le professeur Fournier.

« D'après Gastou, cette mortalité reste sensiblement la même aux différentes périodes de la syphilis paternelle; elle atteint son maximum lorsque celle-ci est virulente.

» L'enfant hérite de la syphilis en nature, surtout dans la période virulente (25 pour 100); cette syphilis infantile se manifeste au moment même de la naissance, ou reste latente pendant un certain temps.

» Plus la syphilis paternelle vieillit, moins la syphilis en nature est fréquente. » Par contre, il semble que les avortements précoces

soient plus fréquents, ce qui s'explique facilement si l'on songe que le virus exerce son action dès le début de la conception.

SYPHILIS ORIGINELLE MATERNELLE.

Les observations de syphilis infantile, dans lesquelles la mère seule est syphilitique, le père absolument sain, sont très rares. Néanmoins, le professeur Fournier a pu réunir 13 femmes syphilitiques, avec 28 grossesses ayant donné :

3	enfants sains,
4	» syphilitiques vivants,
8	» morts,
9	» nés morts,
9	» morts après la naissance.

D'après Fruhinshoz, sur 100 avortements dont la cause est connue, 39,7 reconnaissent la syphilis comme étiologie; sur 100 fœtus macérés 33,3 au moins sont syphilitiques. D'autre part, sur 100 femmes syphilitiques non traitées, ayant donné 100 grossesses, on compte 62 fœtus mort-nés, avortons ou macérés, et 38 fœtus vivants, parmi lesquels :

16,6 présentent des lésions évidentes de syphilis au moment de la naissance;

21,4 sont sains en apparence, mais dont 7 sont prématurés.

Par conséquent, 14 enfants seulement viennent au monde dans des conditions normales.

Charpentier compte 302 interruptions de la grossesse chez 781 femmes enceintes.

La statistique de Winkel, de Dresde, porte sur 242 grossesses, et nous montre :

Avortement au 4 ^e mois lunaire...	4 cas,	soit 16	pour 100
» 5 ^e » ...	6 cas	} 60, soit 24,4	»
» 6 ^e » ...	22 cas		
» 7 ^e » ...	32 cas		
» 8 ^e » ...	66 cas	} 141, soit 58,3	»
» 9 ^e » ...	34 cas		
» 10 ^e » ...	41 cas		
» à terme.....	37 cas,	soit 15,3	»

C'est donc surtout au huitième mois qu'on trouve le plus grand nombre d'interruptions de grossesse.

La syphilis agit sur la grossesse comme une maladie infectieuse ; la proportion d'avortements et d'accouchements prématurés dus à la syphilis est de beaucoup supérieure à toutes les autres maladies infectieuses. La syphilis se montre, à ce point de vue, plus dangereuse que la variole (Bar).

La syphilis agit dans certains cas en produisant des hémorragies placentaires, mais le plus souvent le fœtus meurt infecté ; la syphilis atteint et tue le fœtus. La mort du fœtus, nous le savons maintenant, est due à une véritable septicémie : septicémie à spirochètes.

Deux cas sont à considérer suivant que la femme est infectée au cours de la grossesse ou qu'elle était déjà syphilitique au moment de la conception.

1° *Syphilis maternelle post-conceptionnelle.* — Lorsque la mère est contaminée vers la fin de la grossesse (du septième au huitième mois), la règle est que l'enfant reste indemne. En conséquence, il peut être contagionné par sa mère après l'accouchement. Il fait, dans ce cas, exception à la règle de Profeta : *Un enfant né d'une mère syphilitique ne peut être contaminé par elle.*

En réalité, cette immunité vis-à-vis de la mère n'existe que si l'enfant a déjà été infecté *in utero*.

Au point de vue pratique, les enfants nés dans ces conditions ne doivent pas être allaités par leur mère. Comme, d'autre part, la certitude absolue manque qu'ils aient échappé à l'infection, on ne doit pas les confier à une nourrice.

L'allaitement artificiel s'imposera dans la plupart des cas.

Dans la première moitié de la grossesse (jusque vers la fin du cinquième mois), la transmission de la syphilis de la mère au fœtus est presque fatale. Du sixième au septième mois de la grossesse existe une période intermédiaire douteuse où l'enfant peut être ou ne pas être contaminé. Diday et Parrot admettaient que les syphilis postérieures aux quatrième et cinquième mois laissaient le plus souvent le fœtus indemne. Actuellement que nous connaissons et pouvons retrouver l'agent pathogène de la vérole, nous sommes

convaincus que, dans certains cas, il peut y avoir transmission mortelle au fœtus d'une syphilis post-conceptionnelle, même tardive.

Ainsi donc, l'ovule peut se trouver infecté au moment même de sa fécondation, mais l'embryon peut également se trouver infecté pendant son évolution intra-utérine.

Précisons : l'enfant n'est pas syphilitique, le père et la mère non plus, mais la mère contracte la syphilis pendant la grossesse ; quelles seront les conséquences pour l'enfant ?

Dans ces conditions, l'enfant peut se trouver infecté à toutes les époques de la grossesse, mais d'autant plus facilement que la grossesse est plus avancée, et cela se conçoit aisément si l'on considère les échanges nutritifs qui se font entre la mère et le fœtus, lesquels sont d'autant plus actifs que la grossesse est plus avancée.

Le passage du virus syphilitique de la mère à l'enfant demande, pour s'effectuer, un certain laps de temps.

On admet généralement qu'une période de 50 jours est nécessaire à cette transmission directe par voie sanguine de la syphilis de la mère à l'enfant. On avait ainsi toute raison de croire qu'une femme enceinte, qui contracte la syphilis 6 semaines avant son accouchement, donnerait naissance à un enfant qui n'aurait pas été touché par le virus.

Dans de telles conditions, et pour éviter la contamination de l'enfant, certains auteurs ont proposé de provoquer l'accouchement chez les femmes qui contractaient la syphilis pendant leur grossesse, chaque fois que l'enfant pourrait naître vivant ou viable. Malheureusement, deux raisons s'opposent à l'adoption de cette manière de voir dans la pratique :

1° En effet, ce temps de 50 jours n'est pas fixe, et nous pouvons nous demander s'il doit être considéré comme un minimum ou un maximum. D'autre part, il est souvent impossible de préciser la date exacte du coït infectant. L'apparition des accidents ne permet qu'une évaluation très approximative de cette date.

L'infection du fœtus peut être plus ou moins précoce. Buschke et Fischer ⁽¹⁾ ont rapporté une observation des plus instructives à cet égard et de laquelle il résulte que la syphilis maternelle peut

(1) BUSCHKE et FISCHER, *Berlin. klin. Woch.*, n° 13, 1906.

être transmise au rejeton avant même l'apparition des accidents secondaires. Par conséquent, à une époque qui suit de très près l'apparition du chancre chez la mère, le virus syphilitique est transmissible au fœtus par la voie placentaire.

Dans le cas signalé par ces auteurs, il s'agissait d'une femme infectée 50 jours environ avant son accouchement, et qui avait mis au monde un enfant mort et macéré dont le foie et la rate contenaient des spirochètes.

2° D'autre part, l'enfant auquel on aura ainsi voulu épargner la contamination sera-t-il nourri par sa mère ? Évidemment non, car la mère pourrait le contaminer. Cet enfant ne devra pas d'ailleurs être confié à une nourrice, car, en cas de syphilis latente, il pourrait par la suite contaminer sa nourrice.

2° *Syphilis maternelle anté-conceptionnelle.* — Ce sont les cas les plus fréquents.

L'infection du fœtus se fait par contagion utéro-placentaire; l'ovule se trouve infecté primitivement et l'embryon reçoit par le placenta le sang maternel, plus ou moins riche en spirochètes. Nous verrons que cette hypothèse a été confirmée par les recherches positives du parasite dans le placenta des femmes syphilitiques. Du placenta, le virus syphilitique est transporté par la veine ombilicale dans le foie, puis dans tout l'organisme. C'est donc une infection par voie sanguine; cette infection se fera à la période vraiment active des échanges du fœtus à la mère. Elle sera donc plus tardive que dans la syphilis paternelle; par contre elle sera plus grave, car le fœtus est non seulement contagionné, mais il reçoit aussi une nourriture viciée par le virus syphilitique. La mortalité serait de 60 pour 100 d'après A. Fournier.

En résumé, la syphilis maternelle peut exister avant la conception, ou être contractée pendant la grossesse, c'est-à-dire après l'époque de la conception. La syphilis *anté-conceptionnelle* semble tout à fait distincte de la syphilis *post-conceptionnelle* comme transmission à l'embryon.

Dans la syphilis maternelle anté-conceptionnelle et non traitée, la mort du fœtus est la règle; cette mortalité baisse légèrement dans la syphilis post-conceptionnelle, mais atteint néanmoins un taux très élevé.

Les résultats obtenus ces dernières années, soit par la recherche du spirochète pâle de Schaudinn, soit par la séro-réaction de Wassermann, ont porté un grand nombre d'auteurs à admettre la transmission presque exclusivement maternelle de la vérole; la balance penche en faveur de la contamination du fœtus par l'intermédiaire du placenta et non par l'ovule ou le spermatozoïde (1).

Les femmes que nous considérons comme saines ou simplement suspectes, parce que l'interrogatoire et l'examen physique ne nous révèlent rien de spécifique, sont parfois des syphilitiques avérées. Buschke et Fischer (1) rapportent à ce sujet une observation intéressante.

Il s'agit d'une femme qui, après plus de deux ans de mariage avec un ancien syphilitique insuffisamment traité, accouche d'un enfant vigoureux, mais porteur d'un exanthème papuleux syphilitique. La mère, qui allaitait son enfant, n'avait jamais rien remarqué. L'examen de cette femme montrait seulement un petit ganglion induré dans la région inguinale droite, lequel, ponctionné, permit de rencontrer les spirilles caractéristiques.

Bauer a cherché, de son côté, à vérifier par la séro-réaction de Wassermann les lois de Colles et de Profeta; d'après Colles, en effet, la mère d'un enfant hérédo-syphilitique est réfractaire vis-à-vis d'une nouvelle infection syphilitique tout en ne montrant pas de manifestations actuelles. Bauer confirme cette proposition en trouvant dans le sérum de la mère la réaction de Wassermann, positive, et admet, dans ce cas, que la mère est immunisée par une syphilis latente.

Lorsque l'enfant vient au monde avec toutes les apparences d'une constitution saine et normale, le séro-diagnostic ne permet pas toujours de diagnostiquer une syphilis héréditaire latente.

Les résultats que nous avons obtenus en pratiquant le séro-diagnostic de la syphilis, soit par la méthode de Wassermann, soit par la méthode de Porgès, sont trop peu nombreux pour nous permettre de tirer des conclusions personnelles.

Néanmoins, la majorité de nos résultats concordent avec ceux

(1) Voir BAB, *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, Bd. LX, 1907, Heft 2. — BUSCHKE et FISCHER, *Berl. Klin. Woch.*, 26 mars 1906. — BAUER, *Wien. Klin. Woch.*, t. XXI, n° 36, 1908.

obtenus et publiés par Bar et Daunay (1) et dont voici les principales conclusions :

A. Il n'y a pas entre les résultats obtenus avec le sérum des enfants et ceux observés avec le sérum des femmes enceintes une concordance aussi parfaite que celle qui pouvait être présumée.

B. Il semble que dans les cas où la syphilis maternelle est floride, la réaction de Wassermann est peut-être moins souvent positive avec le sérum des enfants qu'avec celui des mères, et qu'inversement dans les cas où la syphilis maternelle est non floride, seulement probable ou suspectée, la proportion des résultats positifs est plus grande avec le sérum des enfants qu'avec celui des mères.

C. Dans les cas où la syphilis est, chez la mère, d'origine relativement récente et postérieure à la conception, le résultat de la réaction de Wassermann est plus souvent positif chez elle que chez l'enfant.

D. Le traitement mercuriel institué chez la mère a une action sur le sens de la réaction de Wassermann pratiquée avec le sérum de l'enfant, qui donne plus souvent un résultat négatif.

Cette action se fait surtout sentir dans les cas où la syphilis maternelle n'est pas floride et où le traitement a été institué depuis longtemps.

E. On ne doit pas conclure d'un résultat négatif de la réaction de Wassermann observé à la naissance que l'enfant, même ne présentant aucun signe clinique de syphilis, est réellement sain. Il peut être et très vite atteint d'accidents contagieux après la naissance.

Ces différentes propositions peuvent être rapprochées des deux suivantes, que nous empruntons à un travail récent de Thomsen et Bons (2) :

a. La réaction de Wassermann, positive chez la mère, diminue la chance pour l'enfant d'être né sain.

b. Dans l'organisme de l'enfant affecté de syphilis latente, on voit pendant les premiers mois de la vie une augmentation des substances qui provoquent la réaction de Wassermann.

(1) P. BAR et R. DAUNAY, *L'Obstétrique*, janvier, février, avril 1909.

(2) THOMSEN et HARALD BONS, *Wassermann Reaction via nudjous syphilis Hospitalstidende*, n° 3, 1909, p. 57.

La réaction peut manquer complètement au moment de la naissance de l'enfant, dont le sang donne plus tard la réaction positive.

SYPHILIS MIXTE PATERNELLE ET MATERNELLE A LA FOIS.

Les effets se surajoutent et, l'infection fœtale étant à la fois ovulaire et sanguine, la mortalité sera encore plus grande : 65 pour 100 d'après A. Fournier.

En dehors de la mortalité, la proportion des enfants syphilitiques est de 92 pour 100, c'est-à-dire que la contagion est presque fatale.

INFLUENCE DU TEMPS.

D'une façon générale, l'action de la syphilis est soumise à la loi de décroissance. Ses effets nocifs sur le fœtus s'atténuent avec le temps. *Le virus syphilitique semble s'épuiser sur les premières générations* (Simon).

Il est fréquent de voir des femmes faire d'abord des avortements, puis des accouchements prématurés qui vont en se rapprochant du terme, puis accoucher d'enfants vivants, mais porteurs de lésions syphilitiques; enfin parfois d'enfants sains.

C'est dans la syphilis d'origine maternelle que l'influence du temps se fait surtout sentir.

La mortalité fœtale y est particulièrement considérable pendant la période où la syphilis est véritablement active, c'est-à-dire pendant les trois premières années de l'infection, et principalement pendant la première époque des éruptions secondaires. Au delà de 3 ans, la mortalité décroît d'une façon sensible.

Les statistiques de Fournier sont démonstratives : sur 239 grossesses, avec une mortalité de 176 enfants, le nombre des morts est de 139 (soit 79 pour 100 des cas) chez les femmes ayant une syphilis datant de moins de 3 ans.

La répartition de la mortalité se fait de la façon suivante :

Syphilis datant de 1 an...	88	morts	sur	90	grossesses
» de 2 ans...	34	»		»	
» de 3 ans...	17	»		»	
» de 4 ans...	7	»		»	

Pour la syphilis d'origine paternelle, l'influence du temps est moins évidente.

Gastou donne les chiffres suivants :

	Mortalité pour 100.
Syphilis paternelle virulente	63
» récente.....	47
» ancienne'.....	50
Tabes	40
Paralysie générale.....	50

Par contre, plus la syphilis paternelle vieillit, moins la syphilis infantile en nature est fréquente.

L'influence dystrophique semble prédominer (Gastou).

SYPHILIS DE DEUXIÈME GÉNÉRATION.

Barthélemy, au Congrès de Moscou de 1897, a attiré l'attention sur la syphilis de deuxième génération. Les syphilitiques héréditaires peuvent transmettre à leurs descendants la syphilis dont ils ont hérité de leurs parents.

Edmond Fournier, sur 367 grossesses provenant de 116 ménages entachés de syphilis héréditaire, a constaté 177 avortements. Sur les 192 enfants ayant survécu, 31 seulement étaient sains; les autres étaient des dystrophies; quelques-uns même, porteurs de lésions de syphilis virulente.

La syphilis aurait donc une action presque aussi meurtrière sur la deuxième génération que sur la première. Pour Tarnowski, la syphilis virulente de deuxième génération serait due à une syphilis nouvelle, contractée par le ou les descendants de première génération. Il la désigne sous le nom de *syphilis binaire*.

Les observations du professeur Gaucher et de Rostaine ⁽¹⁾ établissent la possibilité de la réinfection chez les syphilitiques héréditaires, même ayant eu des accidents virulents dans leur première enfance.

L'immunité des nourrissons syphilitiques ne serait donc que temporaire.

(1) ROSTAINE, *De la syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques* (Thèse de Paris, 1905).

Dans quelques cas, la syphilis saute pour ainsi dire une génération. Les enfants de première descendance sont indemnes en apparence, mais la deuxième génération est nettement entachée de syphilis. Il semblerait que les grands-parents aient légué directement la syphilis à leurs petits-enfants.

En réalité, la syphilis existerait bien dans la génération intermédiaire, mais à l'état latent.

Tous ces faits montrent que l'influence bienfaisante du temps est loin d'être une règle absolue. L'action de la syphilis apparaît au contraire comme indéfinie.

Tarnowski a pu la poursuivre jusqu'à la quatrième génération, et, dans certains cas, elle ne semble cesser qu'avec l'extinction même des familles dont elle a vicié la souche.



CHAPITRE II.

Étude clinique de la syphilis héréditaire congénitale.

Les manifestations que détermine la syphilis sur le produit de la conception sont multiples. Elles peuvent se constater, l'accouchement terminé, soit sur le fœtus, soit sur les annexes.

La syphilis héréditaire détermine dans son évolution intra-utérine toute une série de troubles ou de lésions que l'on peut appeler *congénitaux* pour la raison qu'ils existent au moment de l'expulsion hors de l'utérus. Ces troubles et lésions, qui se manifestent soit sur l'embryon, soit sur le fœtus, soit sur le nouveau-né, caractérisent la syphilis héréditaire congénitale. Cette syphilis héréditaire congénitale est donc embryonnaire, fœtale ou infantile.

Embryonnaire, elle provoque l'avortement, c'est-à-dire l'expulsion avant le cinquième mois. Fœtale, elle détermine l'hydramnios et l'accouchement prématuré du sixième au neuvième mois d'enfants morts et généralement macérés. Ce sont les cas les plus fréquents.

Infantile, elle se traduit par la mort rapide ou immédiate et quelquefois le pemphigus. Au cours de la grossesse, en dehors des signes de la mort fœtale, le seul symptôme qui puisse faire préjuger de l'infection du fœtus est l'hydramnios.

D'après le professeur Bar ⁽¹⁾, l'hydramnios est rare chez les femmes ayant une syphilis en activité. Il se rencontre surtout dans les cas de syphilis ancienne. Sa constatation est importante et d'un pronostic grave, car elle permet de prévoir de graves lésions viscérales chez le fœtus. Sa production est liée en effet à la gêne circulatoire et à l'hypertension portale due à la sclérose hépatique et splénique. Presque toujours on trouve chez l'enfant, à la naissance, une hypertrophie du foie et de la rate, s'accompagnant généralement d'ascite.

Les accidents de la syphilis héréditaire sont nombreux. Parmi les manifestations cutanées, qui peuvent revêtir tous les types de syphilides, nous nous bornerons à signaler le pemphigus.

(¹) P. BAR, *Hydramnios. Sa pathogénie, ses relations avec la syphilis* (Thèse de Paris, 1881).

Le pemphigus syphilitique existe à la naissance ou apparaît à la fin de la première semaine par la formation de taches vineuses, entourées d'une zone érythémateuse, puis l'épiderme se soulève en bulles de dimensions variables remplies de sérosité. Le siège de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds est caractéristique.

Fig. 1.



Syphilis éruptive du nouveau-né. — Coryza syphilitique. — Syphilides érythémato-érosives. — Véritables plaques muqueuses des régions cutanéomuqueuses. (Observation n° 75.)

(Cliché du Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis.)

Les manifestations viscérales d'un pronostic plus sombre sont généralement compatibles avec une longue survie.

Cliniquement, l'attention est surtout attirée par l'hypertrophie du foie et de la rate, que l'on constate facilement par la palpation, et qui s'accompagne généralement d'ascite. Mais tous les viscères peuvent être atteints.

Les lésions que l'on rencontre à l'autopsie sont tantôt disposées en foyers circonscrits, constituant les gomes, tantôt sont diffuses

et relèvent d'un processus de sclérose, qui frappe surtout les éléments vasculaires et périvasculaires.

Les lésions des annexes sont surtout manifestes sur le placenta élargi et épaissi avec de volumineux cotylédons séparés par de profonds sillons qui lui donnent un aspect mamelonné.

Fig. 2.



Syphilis éruptive du nouveau-né. — Pemphigus syphilitique.
Syphilides érythémato-érosives de la région anale. (Observation n° 75.)

(Cliché du Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis.)

Le professeur Pinard et ses élèves ont propagé l'idée que, chez l'enfant atteint de syphilis héréditaire, le poids du placenta, au lieu d'être le $\frac{1}{6}$ du poids de l'enfant à la naissance, présente un rapport plus élevé supérieur à $\frac{1}{5}$ et même à $\frac{1}{4}$.

Dans sa Thèse inaugurale, Petit (1) aboutit à la conclusion sui-

1) PETIT, *Thèse de Lyon*, 1904.

vante : « La loi annoncée par M. le professeur Pinard est inapplicable en pratique, car il y a des cas où le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta égale même $\frac{1}{4}$ et les enfants ne sont pas syphilitiques, et d'autres où ce rapport est égal ou même inférieur à $\frac{1}{6}$ rapport normal, et les enfants présentent des lésions syphilitiques. »

Plauchu ⁽¹⁾, dans un travail récent, apporte des faits tendant à démontrer que si, d'une part, les enfants syphilitiques sont des enfants à gros placenta, d'autre part, le plus grand nombre des enfants à gros placenta, c'est-à-dire dont le rapport des poids varie entre $\frac{1}{4}$ et $\frac{1}{3}$, ne devient pas syphilitique (23 sur 28).

Néanmoins, l'auteur arrive à conclure qu'il « accepterait difficilement la responsabilité de mettre au sein un enfant dont le placenta serait supérieur à $\frac{1}{4,5}$ en dehors des conditions de surveillance journalière ».

Ce travail nous paraît devoir susciter une assez grosse objection, car Plauchu ne signale pas l'âge des enfants pour lesquels il a établi ses rapports. C'est ainsi qu'à côté d'enfants parvenus certainement au terme de la gestation, pesant 6 à 7 livres avec un placenta de 500^g à 520^g, il y en a d'autres pesant à peine 4 livres avec un placenta voisin de 500^g qui semblent devoir être considérés comme des prématurés.

En effet, quand on fait appel à l'excès du poids du placenta par rapport au poids du fœtus pour établir le diagnostic probable de syphilis, il faut tenir compte du développement variable des organes selon l'âge plus ou moins avancé de la grossesse.

En général, à part les exceptions que souffre la règle établie par le professeur Pinard, il n'en est pas moins vrai que cette dernière a une valeur pratique et répond à la majorité des cas.

Histologiquement, on retrouve comme dans les viscères un processus de sclérose se traduisant par l'artérite et la périartérite des artères des villosités. Ces lésions seraient plus marquées sur le placenta fœtal dans les syphilis d'origine ovulaire et prédomineraient au contraire dans le placenta maternel pour les syphilis maternelles anté-conceptionnelles.

Les lésions du cordon sont moins apparentes. Bar et Tissier ont

(1) PLAUCHU, *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, n° 22, février 1909, p. 62.

signalé dans certains cas une véritable gangue fibreuse autour des vaisseaux funiculaires.

Ces altérations dites *spécifiques*, bien que la plupart ne le soient pas au sens propre du mot, relèvent directement de la syphilis, mais la vérole n'est pas la seule affection capable de les provoquer.

Le professeur Fournier a le premier attiré l'attention sur ce fait que la syphilis n'agit pas seulement en tant que maladie contagieuse, en se transmettant en nature au fœtus, mais qu'elle se comporte aussi comme une véritable dyscrasie, à la façon des intoxications et des toxi-infections chroniques, comme l'alcoolisme, le saturnisme, la tuberculose, etc., en modifiant profondément le terrain sur lequel se greffera l'œuf et en produisant sur le fœtus toute une série de dystrophies, de dégénérescences et de tares qui ne sont pas de nature syphilitique, mais en résultent cependant, analogues en cela aux affections parasymphilitiques, de la syphilis acquise; cette influence dégénérative de la syphilis serait considérable, et on lui a rattaché pour ainsi dire toute la pathologie dystrophique.

Edmond Fournier distingue :

1° Des dystrophies d'ordre général.

Elles se traduisent par un habitus, un facies spécial constituant le type hérédo-symphilitique; par des retards et imperfections du développement physique (infantilisme, rachitisme, nanisme, etc.); à un degré plus élevé par l'inaptitude à la vie, expliquant les morts subites chez des enfants qui, à l'autopsie, ne présentent parfois aucune lésion apparente.

2° Des dystrophies partielles qui comprennent :

Les déformations crâniennes;

Les dystrophies dentaires, oculaires, etc.;

Toutes les diverses malformations aboutissant enfin aux monstruosités.

Ainsi, à côté de la syphilis héréditaire proprement dite, transmise par hérédo-contagion, il faudrait faire place à l'hérédité syphilitique caractérisée par la transmission des dystrophies et des malformations d'origine et non de nature syphilitique; dystrophies et malformations indélébiles sur lesquelles le traitement mercuriel n'a pas de prise.

Cette distinction entre les deux modes d'action de la syphilis, entre la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique, n'est pas admise par tous les auteurs.

Pour Gastou, la plupart des manifestations qu'on observe chez les descendants du syphilitique relèvent directement de la syphilis ou *ne sont que les reliquats, les stigmates de manifestations de nature syphilitique, associés ou non à des infections ou intoxications surajoutées.*

Quant aux dystrophies de l'hérédité syphilitique, elles n'ont aucun caractère spécifique qui leur soit propre; elles rentrent dans le domaine de l'hérédo-morbidité générale.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que les manifestations qu'on peut relever chez les descendants de syphilitiques sont multiples et d'une diversité extrême. Cette diversité même est une des causes principales de difficulté de diagnostic; pour l'éliminer, le problème se pose de deux façons différentes.

La syphilis a été reconnue d'une manière évidente chez les ascendants : la question est de savoir si l'enfant est ou non contaminé. D'autres fois, au contraire, ce sera la découverte de lésions suspectes sur le fœtus qui fera soupçonner chez les ascendants une syphilis ignorée jusqu'alors.

Il est des cas faciles, lorsque la syphilis paternelle ou maternelle est connue ou lorsqu'elle se présente sur le fœtus, suivant un de ces types classiques, pemphigus, hypertrophie du foie et de la rate, pseudo-paralysie de Parrot; mais il n'en est pas toujours ainsi.

Les difficultés du diagnostic tiennent à deux causes :

1° La syphilis des parents ne peut être démontrée cliniquement.

On sait combien l'enquête sur la syphilis est parfois malaisée, surtout dans les milieux hospitaliers où l'on ignore souvent le père. Quant à la syphilis maternelle, elle peut ne laisser aucune trace qui permette de la dépister.

2° Chez le fœtus, les manifestations peuvent présenter un caractère douteux.

On sait combien sont nombreuses les éruptions cutanées ou muqueuses qui simulent la syphilis. Parmi les lésions viscérales, il en est peu qui soient spécifiques, au sens propre du mot;

d'autres processus dégénératifs peuvent les reproduire. Souvent même les signes cliniques sont réduits au minimum ou font défaut; l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, un volumineux placenta sont parfois les seuls indices qui font songer à la syphilis, mais ne permettent nullement de l'affirmer.

Dans ces cas où le clinicien est impuissant à donner une réponse précise, dont on comprend cependant toute l'importance, les méthodes de laboratoire fournissent une aide précieuse en permettant de contrôler les résultats cliniques et en transformant souvent en certitude de simples présomptions.

Dans les Tableaux annexés à notre travail, on sera frappé de la proportion d'enfants morts et macérés issus de mères syphilitiques.

En effet, si nous réunissons les Tableaux I et II, ayant rapport à des femmes syphilitiques, nous trouvons sur 83 accouchements :

	Syphilis en activité.	Syphilis sans lésions actuelles.	Total.
Avortements.....	2	1	3
Morts et macérés.....	23	24	47
Morts peu après la naissance...	8	6	14
Vivants syphilitiques.....	3	4	7
Vivants.....	4	8	12

Il semble donc que chez les femmes syphilitiques la macération fœtale se rencontre dans les deux tiers des cas.

Une description de la macération fœtale nous semble donc utile.

DÉFINITION ET DESCRIPTION DE LA MACÉRATION FŒTALE.

L'expulsion immédiate du fœtus mort *in utero* est l'exception.

Presque toujours il y a rétention de plus ou moins longue durée dans la cavité utérine. La durée de rétention est généralement plus longue dans la syphilis que dans les autres affections qui peuvent provoquer la mort fœtale. Elle atteint 12, 15 jours et souvent davantage; aussi le fœtus est-il expulsé dans un état de macération prononcée; c'est le fœtus sanguinolent typique, décrit par Ruge.

La macération n'est d'ailleurs pas une altération de nature spécifique et l'on sait depuis longtemps que tout fœtus macéré n'est pas forcément syphilitique.

Néanmoins, si l'on considère la fréquence de la macération dans les accouchements des syphilitiques; on est en droit de suspecter la syphilis chez tout fœtus expulsé en état de macération. Il faut reconnaître cependant que les caractères de la macération chez les fœtus syphilitiques sont absolument semblables à ceux de la macération non syphilitique.

Dans les cas de mort du fœtus *in utero*, sous l'influence de la syphilis maternelle, on est en droit d'imputer les altérations placentaires et la mort du fœtus qui en est la conséquence à l'action de la toxine syphilitique; malheureusement, la nature de cette toxine est encore mal connue.

Les expériences de Wassermann, basées sur la séro-réaction de la syphilis, nous ont cependant bien montré que le poison syphilitique était avide de substances lipoides et de lécithine en particulier.

Cette propriété du virus syphilitique a été pour Hofbauer ⁽¹⁾ le sujet de recherches intéressantes sur le mécanisme de l'action biochimique exercée par le poison de la vérole sur les tissus fœtaux.

Sachant d'une part qu'il existe un certain antagonisme entre la cholestérine et la lécithine et que, d'autre part, les cellules fœtales, les centres nerveux, les globules rouges et le placenta sont riches en lécithine, il s'agissait pour Hofbauer de vérifier si l'administration de cholestérine ne permettrait pas d'influencer l'évolution de la grossesse. Les expériences de l'auteur ont porté sur trois cobayes gravides, qui reçurent en même temps que leur nourriture une solution de cholestérine à 5 pour 100. Ces animaux étaient en état de gestation avancée; et, après quelques jours, le premier expulsa deux fœtus macérés, le deuxième avait dans l'utérus deux fœtus vivants et un autre récemment décédé, le troisième avait également dans l'utérus trois fœtus morts.

L'examen macroscopique des placentas correspondant aux fœtus morts offrit des foyers blanchâtres ou jaunâtres rappelant des

(1) HOFBAUER, *De l'influencement expérimental de la grossesse* (Berl. Klin. Woch., 23 nov. 1908). — *Anal. in Semaine médicale*, n° 19, 12 mai 1909.

infarctus, et l'examen microscopique montra l'existence de thromboses, d'hémorragies interstitielles et de dégénérescences. Ce sont ces altérations profondes du placenta qui déterminèrent, par la suite, la mort des fœtus *in utero*.

Sans vouloir tirer de ces faits des conclusions fermes, Hofbauer a pensé que la cholestérine et le poison syphilitique devaient avoir une action analogue sur les tissus fœtaux, et notamment sur le placenta qui est riche en lécithine.

La macération est un phénomène *post mortem* qui se produit dans tous les cas de rétention, quelle que soit la cause de la mort.

On dit d'un fœtus qu'il est macéré quand, au moment de son expulsion, il se présente dans un état de ramollissement, de flaccidité, d'imbibition sanguine tel, qu'il paraît avoir séjourné un temps plus ou moins long dans un liquide de macération de couleur rougeâtre.

Le fœtus mort *in utero* subit, par la suite, une macération qui sera d'autant plus marquée que l'expulsion en sera plus tardive. Le fœtus macéré se présente sous l'aspect d'un corps aplati, affaissé, étalé, élargi, plus ou moins ramolli, prenant et gardant toutes les positions qu'on lui donne.

La tête est allongée, déformée; les os du crâne, mous et mobiles, sont écartés ou chevauchent les uns sur les autres.

Le thorax, distendu ou aplati, n'a plus sa voussure normale. Le ventre, également aplati ou distendu, s'étalant d'un côté ou de l'autre, a été comparé à un ventre de batracien.

A côté des déformations extérieures, le fœtus macéré est caractérisé par l'imbibition générale de tout le tissu conjonctif de la peau et des organes par une sérosité tantôt claire, donnant l'aspect de l'œdème, tantôt et le plus souvent trouble, rouge clair, rouge vineux, lie de vin. Sous l'influence de cette sérosité colorée et de l'œdème en résultant, la peau prend une coloration rouge, brunnâtre, et suivant l'ancienneté de la macération, l'épiderme se détache en lambeaux, se couvre de phlyctènes, ou se dessèche en prenant un aspect parcheminé, produisant ainsi des aspects variés que nous décrirons plus loin.

Le tissu cellulaire sous-cutané et profond œdématié et lie de vin forme quelquefois une gelée tremblotante qui, sur le crâne, produit une tuméfaction sanguine plus ou moins volumineuse.

Fig. 3.



Fœtus macéré avec gros foie et ascite.

(Cliché du Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis.)

Lorsqu'on ouvre le fœtus, on note la même imbibition autour des organes, des collections séro-sanguinolentes, quelquefois épaisses et noirâtres dans toutes les cavités séreuses : méninges, plèvre, péritoine, vaginale. L'ascite est fréquente, et le thorax souvent distendu par de l'épanchement.

Tous les organes présentent le même aspect rougeâtre; ils sont étalés ou aplatis.

Le foie et la rate sont fréquemment volumineux, de consistance ferme, quoique affaissés ou étalés. A la coupe, ils donnent peu de sang. La tunique interne des gros vaisseaux est imbibée par la matière colorante du sang. Dans la macération fœtale ancienne, ces organes à la coupe tombent en déliquescence, n'ont plus aucune cohésion ou consistance.

De tous les organes du fœtus, le foie est celui qui s'altère le plus rapidement. Sous l'influence de cette macération, le foie peut devenir flasque, mou et diminuer de volume; il semble flétri et prend, comme l'a signalé Gubler, une coloration feuille morte *terre de Sienne*.

Si l'on pèse le foie d'un fœtus macéré syphilitique, et si l'on compare son poids à celui du foie d'un fœtus sain, de même âge et non macéré, on ne trouve pas une différence notable. Mais si, au contraire, on compare le poids du foie d'un fœtus macéré syphilitique au poids du foie d'un fœtus macéré non syphilitique, on trouve presque toujours une différence marquée. Chez les fœtus syphilitiques, le poids de la rate dépasse de beaucoup le chiffre moyen, malgré la perte absolue subie du fait de la macération.

Les poumons chez les macérés sont rouges et atelectasiés. Le cerveau forme une masse fluctuante, œdématisée, tremblotante, se désagrégeant sous les doigts. Les annexes du fœtus macéré présentent également des altérations spéciales. Il est fréquent de trouver le placenta mou et friable. Le cordon est œdématisé, dur, et présente assez fréquemment une sorte d'étranglement au niveau de l'ombilic du fœtus. Il nous est arrivé dans plusieurs cas de le trouver à la radiographie d'une opacité tout à fait remarquable, alors que les os apparaissent relativement plus clairs chez les fœtus macérés que chez les fœtus normaux.

MODIFICATIONS ET ÉVOLUTION DU FŒTUS MACÉRÉ DANS L'UTÉRUS.

La macération fœtale résultant de la mort du produit de la conception dans l'utérus, l'aspect de cette macération varie avec le séjour plus ou moins long de ce produit depuis sa mort jusqu'à son expulsion.

D'après les classiques, il n'y a guère de macération fœtale qu'à partir de 3 mois. Avant 3 mois, le fœtus est généralement résorbé. Après 3 mois, de 4 à 6 mois, mais surtout dans le courant du septième mois, se produit la macération fœtale qui affecte elle-même des degrés et des formes multiples, suivant la date de la mort du produit.

D'après le professeur Ribemont-Dessaigues ⁽¹⁾, la date de la mort du fœtus n'est jamais connue d'une façon précise, des femmes affirmant qu'elles ne sentent plus remuer, ou les bruits du cœur n'étant plus perçus, alors que le fœtus vit encore; mais on peut approximativement établir les données suivantes, d'après les travaux de Lempereur, Sentex, Ruge.

Deux premiers jours : décoloration du tégument, mollesse, flaccidité des tissus, imbibition du cordon.

Du quatrième au cinquième jour : peau terreuse, jaunâtre; infiltration séreuse du tissu sous-cutané, soulèvement de l'épiderme.

Du huitième au dixième jour : tête flasque, chevauchement des os du crâne, cavités orbitaires creuses, côtes saillantes, dépression du milieu de l'abdomen et étalement de ses parties latérales. Ventre de batracien. Phlyctènes séro-sanguinolentes, d'abord sur la paroi abdominale, puis sur les membres. Exfoliation épidermique au toucher. Si cette exfoliation se généralise, sous les lambeaux épidermiques détachés, le derme apparaît rouge vif et le fœtus est dit *sanguolent* (*fœtus sanguinolentus*).

Du douzième jour et au delà, l'aspect devient celui du fœtus macéré, type que nous avons décrit longuement. Quand le fœtus macéré reste plusieurs semaines dans l'utérus, les liquides se ré-

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES, *Iconographie obstétricale*, fasc. I. Masson, 1907.

sorbent, les parois utérines reviennent sur elles-mêmes, le fœtus se dessèche et se momifie, voire même se calcifie.

En résumé, on peut dire que les aboutissants de la macération fœtale sont, suivant l'époque de la grossesse, la date de la mort du produit et la durée de son séjour dans l'utérus :

- 1° La dissolution ;
- 2° La macération fœtale proprement dite la plus fréquente ;
- 3° La momification très rare ;
- 4° La calcification ou transformation extrêmement rare en lithopédion.

VARIÉTÉS D'ASPECT DU FŒTUS MACÉRÉ.

Comme nous l'avons vu, le fœtus macéré est expulsé plus ou moins longtemps après sa mort.

Il est cependant des cas assez rares où l'enfant est expulsé vivant avec un certain degré de macération. Nous avons eu l'occasion d'en recueillir un cas à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis (*Observation 76*).

Mais si le fœtus macéré répond à une description générale, il existe des aspects variés dans la macération.

Nous avons pu recueillir les variétés suivantes, tenant à la forme des altérations cutanées ou à la prédominance des lésions viscérales :

- 1° Variété desquamative sébacée ;
- 2° Variété exfoliatrice ;
- 3° Variété phlycténulaire ;
- 4° Fœtus sanguinolent ou parcheminé ;
- 5° Fœtus ascitique ;
- 6° Fœtus déliquescent ou putréfié.

1° Dans la première variété, il existe un enduit sébacé plus ou moins épais sur tout le corps, avec prédominance à la face, à la paume des mains et à la plante des pieds. Sur ces régions surtout, et en général presque sur tout le tégument, l'épiderme se plisse et s'arrache en lambeaux à la moindre pression, laissant à nu un derme rouge et infiltré.

Fig. 4.



Fœtus macéré (expulsion de l'œuf complet). — Exfoliation épidermique.

(Cliché du Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis.)

2° Dans la variété exfoliatrice, des lambeaux épidermiques plus ou moins desséchés alternent en différentes parties du corps avec des parties exfoliées et rouges.

3° Sur tout le corps, sans prédominance marquée à la paume des mains ou à la plante des pieds, existent de nombreuses et larges bulles remplies de sérosité sanguinolente.

4° Le *fœtus sanguinolentus* n'est que l'exagération du précédent. Les parties dénudées se parcheminent rapidement, prennent une couleur jambonnée et une dureté ligneuse.

5° Le fœtus macéré ascitique est un fœtus dont l'épiderme présente une des variétés d'altération ci-dessus, avec un foie et une rate souvent des plus volumineux, de l'ascite sanguinolente, brunâtre, noirâtre, et souvent des hémorragies sous la capsule hépatique, sous forme de taches et d'ecchymoses.

6° Le fœtus peut enfin présenter ses viscères et, en particulier, le foie et la rate, en un tel état que, dès l'incision de la capsule, ces tissus tombent en déliquescence.

La macération fœtale et ses différentes variétés ne doivent pas être confondues avec les altérations purement cadavériques, avec les maladies congénitales ou les transformations cutanées.

1° Les altérations cadavériques qui ont de l'analogie avec la macération fœtale ne se produisent qu'après l'expulsion du fœtus plus ou moins tardivement, selon des conditions multiples.

2° L'ascite des macérés n'a que l'analogie avec les ascites qui accompagnent les manifestations de la syphilis héréditaire du foie, dont une étude très documentée a été faite il y a peu de temps par Fouquet (1).

3° Parmi les malformations cutanées, nous signalerons :

a. Certaines formes de sclérème ;

b. L'ichtyose fœtale ;

c. Des hyperkératoses localisées ou généralisées congénitales ou familiales ;

d. Les dermatites séborrhéiques ;

e. Les dermatites exfoliatrices ;

(1) CH. FOUQUET, *Étude sur la syphilis héréditaire du foie* (Ann. des Mal. vénér., juillet, août, septembre, octobre, novembre 1907).

f. Les dermatites pemphigoïdes, congénitales, dystrophiques ou infectieuses.

Ces différents troubles, lésions ou maladies dont les unes sont de nature syphilitique et imputables à la syphilis héréditaire, dont les autres sont peut-être d'origine syphilitique dystrophique (hérédité syphilitique) relèvent pour la plupart des maladies toxiques ou infectieuses des parents, autres que la syphilis, et ont simplement dans certaines de leurs formes des analogies avec la macération fœtale et ses différentes variétés.

CHAPITRE III.

Technique pour la recherche des spirochètes dans les organes, humeurs et sérosités.

Dans ce Chapitre, nous n'indiquerons que les deux procédés auxquels nous avons eu recours pour rechercher le tréponème dans le foie des fœtus.

Les méthodes de coloration sur lames (Giemsa, Marino) pour les frottis d'organes ou d'exsudats sont nombreuses, mais donnent malheureusement des résultats inconstants; les manipulations sont quelquefois très délicates et la moindre faute de technique peut arriver à ne pas faire découvrir le spirochète, alors qu'il existe réellement. Laissant de côté ces méthodes de recherche, nous avons pratiqué nos examens soit à l'aide de l'ultramicroscope, soit sur coupe après imprégnation des tissus, par le nitrate d'argent.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN A L'ULTRAMICROSCOPE.

Nous ne donnerons pas ici le principe de l'ultramicroscope, ni sa description ni son mode de fonctionnement; nous n'envisagerons que la technique de l'examen.

L'examen des liquides, exsudats, peut se faire directement à l'état pur, mais il est souvent beaucoup plus préférable de porter la partie prélevée dans une goutte d'eau distillée préalablement déposée sur une lame.

Quand il s'agit d'un organe, le foie, par exemple, on l'incise, on gratte avec la pointe d'un bistouri une des surfaces de section. Le produit obtenu est ensuite délayé dans une goutte d'eau distillée placée sur une lame de verre, on recouvre d'une lamelle et l'on examine à l'ultramicroscope.

Dans ces préparations, il faut éviter de placer trop de matière à examiner entre la lame et la lamelle; l'analyse ultramicroscopique deviendrait sinon impossible, mais au moins très difficile.

En effet, les objets ultramicroscopiques devant nous apparaître brillants sur fond noir, s'ils sont par trop nombreux, ils éclairent le champ du microscope et le fond noir disparaît.

Le spirochète examiné dans la sérosité fraîchement extraite de l'organe ou de la lésion présente un aspect morphologique différent de celui examiné dans l'eau ou un autre liquide.

Fig. 5.



Examen à l'ultramicroscope. Produit de grattage d'un foie de syphilitique héréditaire, délayé dans une goutte d'eau distillée. On voit des quantités de spirochètes passant dans le champ. Les spirochètes sont plus ou moins mobiles; les uns apparaissent nettement en forme de tire-bouchons, les autres sous forme de lignes pointillées et brillantes.

La figure montre également des globules rouges, des leucocytes plus ou moins altérés et des particules brillantes de nature probablement colloïdale.

Les avantages de la dilution du produit à examiner dans l'eau distillée sont les suivants :

- 1^o Dissolution des hématies par hémolyse;
- 2^o Diamètre plus considérable du parasite qui apparaît beaucoup plus net; en effet, il se gonfle dans l'eau, le protoplasme subit une transformation qui le rend plus réfringent, plus brillant à l'ultra-

microscope, et l'aspect dans lequel il se présente rappelle alors les spirochètes colorés traités par le nitrate d'argent.

Le seul inconvénient de l'eau distillée est de faire perdre assez rapidement les mouvements du spirochète.

L'examen de la préparation nous montre sur un fond noir :

1° Des particules brillantes animées de mouvements ; ces particules correspondent à des granules colloïdes de diverses tailles, à des débris cellulaires, etc. ;

2° Des spirochètes dont l'aspect tranche nettement au milieu des corpuscules précédents. Leur nombre est extrêmement variable ; nous en avons compté parfois un ou deux par champ, d'autres fois plus de cinquante.

L'examen du foie nous a montré le plus souvent des spirochètes presque immobiles ou très légèrement mobiles. Ces éléments nous apparaissent comme de petits filaments en forme de vrilles, de tire-bouchons, présentant des spires régulièrement espacées dont le nombre varie avec la longueur du parasite. On peut rencontrer des spirochètes ayant 3 à 15 ou 20 tours de spires. Les extrémités (cil terminal) sont souvent à peine définissables.

Les formes courtes (4^µ) sont rectilignes et les formes longues (12^µ à 15^µ) peuvent présenter des courbes très accentuées.

Si l'on déplace lentement la vis micrométrique, on peut encore constater que les spirochètes ne sont pas toujours enroulés dans un seul plan.

On peut également rencontrer des spirochètes dont le diamètre est augmenté sur une portion du filament ; cette augmentation de diamètre correspond à une disparition de quelques spires.

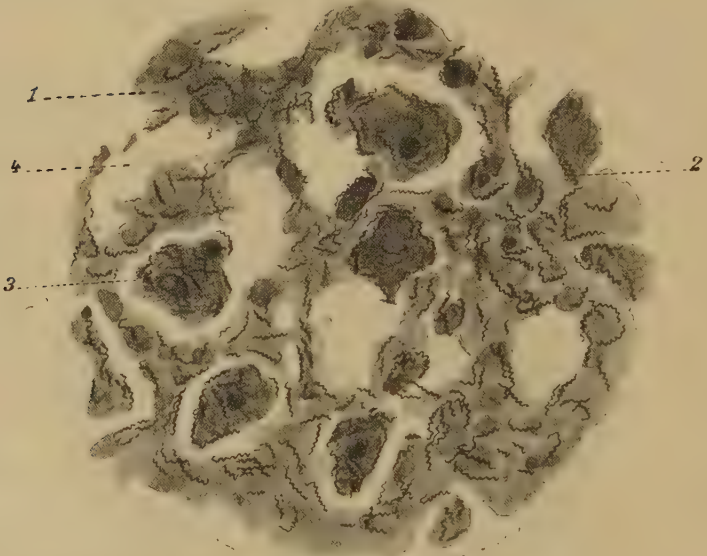
COLORATION DES SPIROCHÈTES. — IMPRÉGNATION ARGENTIQUE.

Lorsque les parasites contenus dans le foie sont en très petit nombre, l'examen à l'ultramicroscope peut donner un résultat négatif.

Dans les cas négatifs, nous avons toujours complété ce premier examen par des coupes. Notre technique a toujours été la même ; le premier procédé de Levaditi, auquel nous avons eu recours, nous a donné d'excellents résultats et nous a toujours permis d'obtenir des préparations d'une netteté absolue.

Pour chaque foie, nous avons prélevé trois petits fragments de 4^{mm} à 5^{mm} de côté, un vers le bord antérieur, un vers le ligament suspenseur, un autre enfin vers le centre de l'organe, et tous ont été traités de la façon suivante :

Fig. 6.



Coupe d'un foie de fœtus macéré. Imprégnation au nitrate d'argent.
(Procédé Levaditi.)

1. Travée capillaire remplie de spirochètes.
2. Cellule ou groupe de cellules auxquelles sont accolés des spirochètes.
3. Groupe de cellules à l'intérieur desquelles sont des spirochètes.
4. Lacune de dissociation du parenchyme hépatique produite par la macération fœtale.

1° Fixation dans une solution de formol à 10 pour 100 pendant 24 heures :

Formol à 40 pour 100 (solution commerciale) . . .	10 ^{cm} ³
Eau distillée	90 ^{cm} ³

- 2° Lavage à l'eau distillée pendant quelques minutes.
- 3° Passage dans l'alcool à 96° pendant 24 heures.
- 4° Lavage à l'eau distillée jusqu'à ce que les fragments tombent au fond du récipient.

5° Les fragments sont plongés dans de petits flacons renfermant une solution de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent chimiquement pur cristallisé...	2 ^g
Eau distillée	100 ^g

Ces flacons sont laissés à l'obscurité dans une étuve à 37°, pendant 3 ou 4 jours.

6° Lavage à l'eau distillée.

Nous croyons utile d'insister sur cette opération pour éviter la

Fig. 7.



Coupe d'une gomme hépatique chez un hérédosyphilitique.
Imprégnation au nitrate d'argent. (Procédé Levaditi.)

formation de précipités dans les préparations. Un lavage insuffisant ne peut débarrasser les tissus de l'excès du sel d'argent, et lors du passage dans l'acide pyrogallique, il se produit des réductions accessoires, cause des précipités.

Un lavage de 10 à 15 minutes nous a paru suffisant.

7° Réduction dans le bain suivant pendant 24 heures :

Acide pyrogallique.....	4 ^g
Formol à 40 pour 100 (solution commerciale)..	5 ^{cm³}
Eau distillée.....	95 ^{cm³}

8° Lavage, déshydratation, xylol, paraffine et coupes.

Dans les coupes de foie ainsi traité, le spirochète se présente sous la forme spiralée hélicoïdale. C'est toujours l'aspect de la vrille ou du tire-bouchon. L'imprégnation par l'argent augmente l'épaisseur du parasite, ce qui le rend plus visible.

La quantité des spirochètes qu'on peut rencontrer dans des coupes est des plus variables.

On peut dans certains cas trouver de rares parasites et dans d'autres des quantités énormes, dont les colonies et amas rappellent des paquets de cheveux ou des touffes de racines.

La forme que peuvent prendre les spirochètes est variable; on trouve des individus en L, en O, en U, en V, en Y.



CHAPITRE IV.

Distribution et localisations du spirochète dans la syphilis héréditaire congénitale.

Nous n'étudierons, dans ce Chapitre, que les localisations du spirochète dans le placenta, le foie et la rate des hérédosyphilitiques, localisations que nous avons eu l'occasion de vérifier dans nos recherches.

Dans la syphilis héréditaire, l'organisme est, en général, infesté de tréponèmes, si bien qu'on peut dire que l'hérédosyphilis est une véritable spirillose du nouveau-né.

Depuis la découverte du spirochète pâle de Schaudinn, la présence de l'agent spécifique de la vérole a été constatée dans presque tous les organes, tissus et humeurs des hérédosyphilitiques, dont voici l'énumération :

1° *Placenta, membranes de l'œuf*, liquide amniotique et cordon.

2° *Peau et muqueuses*, pemphigus [Levaditi ⁽¹⁾ et Salmon ⁽²⁾], papules, glandes sudoripares et sébacées [Levaditi, Dohi ⁽³⁾, Versé ⁽⁴⁾], follicules pileux [Dohi ⁽³⁾].

3° *Appareil de la circulation*, sang circulant [Babes et Panea ⁽⁵⁾, Nigris ⁽⁶⁾], myocarde, tissu conjonctif interstitiel, vaisseaux, cellules musculaires [Buschke et Fischer ⁽⁷⁾, Simmonds ⁽⁸⁾].

(1) LEVADITI, *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XX, 1906, p. 59. — LEVADITI et SALMON, *C. R. Soc. de Biologie*, t. LIX, 1905, p. 465.

(2) SALMON, *Bull. Soc. Obstétrique de Paris*, novembre 1905.

(3) DOHI, *Centralb. f. Bakteriolog.*, Bd. XLIX, 1907, Heft 3.

(4) VERSÉ, *Med. Klin.*, 1906, n° 24, 25, 26.

(5) BABES et PANEA, *Berl. Klin. Woch.*, n° 28, 10 juillet 1905, p. 865-869.

(6) NIGRIS, *Deut. med. Woch.*, n° 36, 7 sept. 1905, p. 1431-1432.

(7) BUSCHKE et FISCHER, *Deut. med. Woch.*, n° 19, 10 mai 1906.

(8) SIMMONDS, *Munch. med. Woch.*, n° 27, 1906.

4° *Appareil respiratoire et annexes*, poumons (vaisseaux, parois alvéolaires, bronches, mucus bronchique, épithélium pulmonaire), pneumonie blanche [Levaditi et Salmon ⁽¹⁾, Dohi ⁽²⁾, Gierke ⁽³⁾, Paschen ⁽⁴⁾, Versé ⁽⁵⁾, Radæli ⁽⁶⁾].

5° *Appareil digestif et annexes* :

Estomac (*muscularis mucosæ*) [Versé ⁽⁵⁾].

Intestin (*muscularis mucosæ*) [Versé ⁽⁵⁾].

Appendice [Fouquet ⁽⁷⁾].

Méconium [Simmonds ⁽⁸⁾].

Pancréas [Gierke ⁽³⁾, Buschke et Fischer ⁽⁹⁾, Versé ⁽⁵⁾, Huebschmann ⁽¹⁰⁾].

6° *Appareil génito-urinaire* :

Rein (tissu conjonctif, vaisseaux, glomérules, canalicules, excréteurs, épithélium des tubuli, urine) [Levaditi, Fouquet ⁽¹¹⁾, Buschke et Fischer ⁽⁹⁾, Gierke ⁽³⁾].

Capsules surrénales (substance corticale) [Babes et Panca, Levaditi, Schaudinn ⁽¹²⁾, Versé ⁽⁵⁾].

Testicule (tissu conjonctif, vaisseaux, tubes séminifères) [Fouquet ⁽¹³⁾, Feuillée ⁽¹⁴⁾, Parodi ⁽¹⁵⁾].

Ovaire [Hoffmann, Levaditi et Sauvage ⁽¹⁶⁾].

⁽¹⁾ LEVADITI et SALMON, *C. R. Soc. Biologie*, t. LIX, 1905, p. 465.

⁽²⁾ DOHI, *Centralbl. f. Bakteriologie*, Bd. XLIX, 1907, Heft 3.

⁽³⁾ GIERKE, *Munch med. Woch.*, n° 9, 27 fév. 1906.

⁽⁴⁾ PASCHEN, *Deutsche med. Woch.*, n° 10, 1906.

⁽⁵⁾ VERSÉ, *Med. Klin.*, 1906, n° 24, 25, 26.

⁽⁶⁾ RADÆLI, *Giorn. Ital. delle malattie veneree*, 1906, fasc. II, p. 151.

⁽⁷⁾ FOUQUET, *Compt. rend. Acad. des Sciences*, 16 déc. 1907, p. 1309.

⁽⁸⁾ SIMMONDS, *Munch., med. Woch.*, n° 27, 1906.

⁽⁹⁾ BUSCHKE et FISCHER, *Arch. f. Dermat und Syph.*, Bd. LXXXII, 1906, Heft 1.

⁽¹⁰⁾ HUEBSCHMANN, *Berl. Klin. Woch.*, n° 24, 1906.

⁽¹¹⁾ FOUQUET, *Bull. Soc. d'Obstétrig. de Paris*, 17 janv. 1907.

⁽¹²⁾ SCHAUDINN, *Arbeit. aus. dem. Kaiserl. Gesundheitstamte*, Bd. XXVII, 1907, Heft 1.

⁽¹³⁾ FOUQUET, *Compt. rend. Acad. des Sciences*, 29 nov. 1906.

⁽¹⁴⁾ FEUILLÉE, *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 9 mars 1906.

⁽¹⁵⁾ PARODI, *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, n° 3-4, mars-avril 1906.

⁽¹⁶⁾ LEVADITI et SAUVAGE, *Compt. rend. Acad. des Sciences*, 15 oct. 1906.

7° *Système nerveux et organes des sens :*

Cerveau et moelle épinière [Simmonds (1), Ravaut et Ponselle (2)].

Oeil (cornée, iris, choroïde, rétine, sclérotique, nerf optique, muscles de l'œil, conjonctive, glande lacrymale) [Bab (3), Grouven, Schlimper (4)].

8° *Corps thyroïde* (tissu conjonctif, follicules glandulaires) [Huebschmann (5), Feuillée].

9° *Thymus* (Feuillée, Versé).

10° *Glandes lymphatiques* (Radæli, Feuillée).

11° *Muscles, os, périoste, moelle osseuse* [Sakurane (6), Bertarelli (7), Versé, Buschke et Fischer].

Au point de vue de la distribution des spirochètes dans les organes fœtaux, Bab a obtenu pour 260 pièces les pourcentages suivants :

Poumon.....	87,5	pour 100
Peau.....	66	»
Foie.....	59,5	»
Ovaire.....	46,2	»
Nez.....	41,7	»
Oeil.....	25	»
Cordon.....	9,4	»
Placenta.....	0	»

Bab, dans ses recherches, a rencontré des cas où le foie, pourtant si généralement riche en spirochètes, n'en contenait pas, alors que ces mêmes parasites étaient nombreux dans les voies respiratoires, et, de ce fait, il se demande si la pénétration des spirochètes ne s'est pas faite grâce à l'aspiration du liquide amniotique.

(1) SIMMONDS, *Munch. med. Woch.*, n° 27, 1906.

(2) RAVAUT et PONSELLE, *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 janv. 1906.

(3) BAB, *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäköl.*, t. LX, 1907, p. 2.

(4) SCHLIMPERT, *Deutsch med. Woch.*, n° 48, 1906.

(5) HUEBSCHMANN, *Berl. Klin. Woch.*, n° 24, 1906.

(6) SAKURANE, *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, t. LXXXII, fasc. II, 1906, p. 227.

(7) BERTARELLI, *Centralbl. f. Bakteriolog.*, t. XLI, fasc. VI, 1906, p. 639.

En ce qui concerne le foie, le chiffre donné par Bab nous paraît très inférieur à la réalité. De tous les organes, c'est le foie qui contient ordinairement le plus de parasites; c'est ce que Levaditi, d'autres auteurs et nous-même avons observé.

« La glande hépatique étant le viscère ensemencé le premier par le microbe syphilitique, il est tout naturel que cette glande ait le plus à souffrir de l'infection et qu'elle contienne le plus de parasites. »

Nous n'avons pu, dans certains cas, trouver de spirochètes dans la rate et les poumons d'un sujet, alors qu'ils existaient même nombreux dans le foie du même sujet. Par contre, nous n'avons jamais eu d'observations personnelles dans lesquelles les parasites existant dans les poumons n'étaient pas retrouvés dans le foie.

PLACENTA.

La présence des tréponèmes dans le placenta hérédo-syphilitique a été signalée tout d'abord par Schaudinn et Paschen, qui ont rencontré ces parasites autour des vaisseaux des villosités de la partie fœtale du placenta.

Un grand nombre d'auteurs sont venus ensuite confirmer le fait.

Ménétrier et Rubens-Duval rencontrent de nombreux tréponèmes dans les vaisseaux des villosités, et par contre ces mêmes germes étaient très rares dans le placenta maternel.

Nattan-Larrier et Brindeau trouvent des tréponèmes dans la tunique moyenne épaissie de deux artérioles en voie d'oblitération, situées dans une villosité. Radæli reconnaît le tréponème dans la paroi épaissie d'un vaisseau veineux.

Dans le tissu conjonctif, au contact de la paroi des capillaires, en plein tissu muqueux même, Wallich et Levaditi, Radæli, Nattan-Larrier et Brindeau trouvent des tréponèmes. Enfin, avant d'arriver au placenta maternel, le spirochète est encore rencontré entre les cellules de la couche de Langhans, sous le syncytium, par Wallich et Levaditi.

Le placenta maternel est également envahi par les tréponèmes. Nattan-Larrier et Brindeau les trouvent au milieu des lacs sanguins et dans le protoplasma de quelques-unes des grosses cellules superficielles de la caduque. Wallich et Levaditi n'ont cependant

décelé que « de très rares parasites disposés entre les grosses cellules de la caduque, notamment dans les piliers de cette caduque qui pénètrent dans l'intérieur du placenta ». Les tréponèmes sont donc moins abondants que dans les villosités fœtales.

Malgré ces nombreuses et intéressantes constatations, la présence des tréponèmes dans le placenta, tant fœtal que maternel, est malaisément dépistée et manque généralement. Cette recherche est un moyen très peu certain de diagnostic. Avec Nattan-Larrier et Brindeau, nous confessons que ces recherches sont ordinairement décevantes. Certains affirment rencontrer le spirochète dans le placenta dans 40 à 50 pour 100 des cas; d'autres au contraire, comme Bab, prétendent n'avoir jamais trouvé le parasite (Bab, à ce sujet, donne 0 pour 100).

Pour notre part, il nous a été permis *une seule fois* de trouver *un seul spirille* dans les villosités d'un placenta; nous avons eu ainsi 1 cas positif sur 20 examens.

Nous avons pratiqué comparativement la recherche des spirochètes dans le foie et le placenta, et avons obtenu dans 11 cas les résultats suivants :

Foie.

Résultats positifs.....	9
Résultats négatifs.....	2

Placenta.

Résultats positifs.....	1
Résultats négatifs.....	10

En résumé, le placenta est généralement très pauvre en tréponèmes, et l'on est en droit de supposer que cet organe, jouant le rôle de barrière physiologique, détruit le parasite.

MEMBRANES DE L'ŒUF ET CORDON.

Dans les membranes de l'œuf, la recherche des spirochètes n'a donné que des résultats négatifs. Toutefois, cette localisation des tréponèmes a suscité un nombre de travaux très restreint, et nous ne pouvons signaler que le travail de Mohn à ce sujet. Dans le cordon, au contraire, des résultats positifs assez nombreux ont été

observés par Bab, Simmonds, Ritter et Dohi (de Tokio). Tous ces auteurs ont trouvé des parasites, principalement inclus dans les parois de la veine ou libres, dans la lumière du vaisseau. Wallich, Levaditi ont rencontré des tréponèmes dans les ramifications placentaires des gros vaisseaux du cordon. Ces vaisseaux avaient leur paroi épaissie; les tréponèmes étaient disposés d'une façon concentrique entre les fibres conjonctives et musculaires.

Par la méthode de Levaditi, Gräfenberg (1) a rencontré les spirochètes dans le cordon d'une façon constante, mais à la condition que les fragments fussent pris aussi près que possible de l'insertion ombilicale, et il faut alors attribuer à cette particularité les grosses différences qui existent entre les pourcentages des différents observateurs.

Gräfenberg trouve les spirochètes de préférence dans la paroi des vaisseaux; la couche moyenne de la veine est le siège de prédilection du parasite.

Dans celle-ci, ils se groupent en amas et peuvent passer inaperçus dans un examen superficiel; les amas coïncident avec les zones d'infiltration et de ramollissement signalées antérieurement par Mohn.

La recherche du spirochète pâle de Schaudinn dans la gélatine de Wharton donne presque toujours un résultat négatif.

FOIE.

Les altérations histologiques du foie dans la syphilis héréditaire congénitale sont variables. Le foie du fœtus mort *in utero*, macéré, présente de grandes différences avec le foie de l'enfant ayant vécu plus ou moins longtemps, n'ayant même respiré que quelques instants.

Il nous semble donc utile d'étudier séparément ces deux principaux aspects sous lesquels peut se présenter le foie du nouveau-né hérédo-syphilitique.

(1) GRÄFENBERG, *Der Einfluss der Syphilis auf den Nachkommenschaft* (*Archiv. für Gynäk.*, t. LXXXVII, 1908, p. 190).

HISTOLOGIE DU FOIE DANS LA MACÉRATION FŒTALE.

Notre intention est surtout d'envisager ici les altérations du foie telles qu'elles ont été décrites par quelques auteurs et telles que nous les avons rencontrées.

D'après Cosentino (de Palerme), les altérations chez le fœtus macéré commencent toujours par les éléments épithéliaux et évoluent ainsi :

Difficulté de coloration, perte de la forme des cellules, désagrégation, disparition du noyau, fragmentation des cellules, dégénérescence graisseuse.

Les altérations conjonctives seraient secondaires ; les fibres et cellules conjonctives, d'abord dissociées, se transforment en une masse amorphe, granuleuse, aboutissant à un amas de détritüs. Après la première semaine, la disposition régulière des cellules hépatiques a disparu, la coloration est impossible, la graisse apparaît ; au delà de la première semaine, le foie perd tout vestige d'organisation.

Le Dr Nathan a bien voulu nous communiquer le résultat de l'examen histologique du foie qu'il a pratiqué chez quatre de nos fœtus macérés.

1° Dans deux foies, dans lesquels nous n'avons pas trouvé de tréponèmes, M. Nathan a rencontré des globules rouges nucléés, contenus dans des chambres d'incubation peu nombreuses, parfaitement délimitées et séparées très nettement des capillaires de circulation. Les globules rouges à noyau bourgeonnant et à forme karyokinétique étaient exceptionnels.

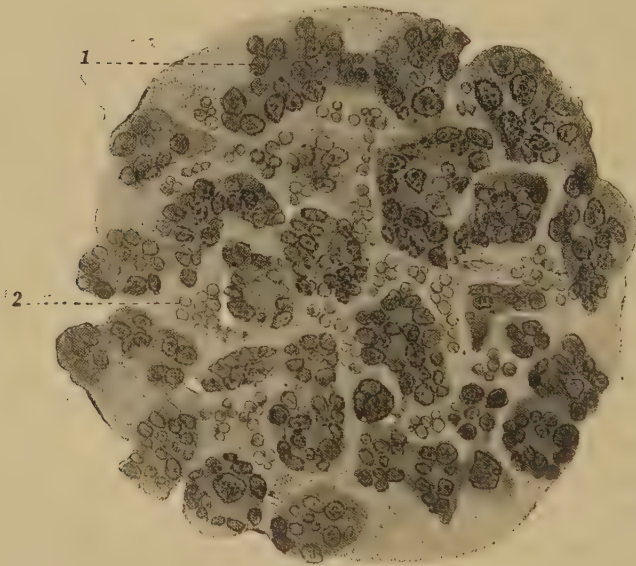
2° Dans deux autres foies, dans lesquels nous avons rencontré de très nombreux tréponèmes, l'ordre précédent n'existait plus. Les chambres d'incubation étaient encore nettement délimitées, mais les vaisseaux formaient des lacunes dans lesquelles on trouvait un grand nombre de globules rouges nucléés ou à forme bourgeonnante. Il existait, de plus, une prolifération de l'endothélium vasculaire, isolant par places quelques cellules des vaisseaux.

Nous-même avons trouvé les altérations suivantes sur tous les foies de macérés : inondation sanguine des travées et des espaces intercellulaires qui sont bourrés de globules rouges.

Les cellules hépatiques sont plus ou moins dégénérées ou dissociées suivant l'intensité de la macération. Dans les cas moyens, les cellules ont encore un groupement qui rappelle plus ou moins le groupement normal, mais elles se colorent mal ou sont pigmentées.

La plupart ont encore leur noyau visible.

Fig. 8.



Coupe histologique d'un foie de fœtus macéré montrant la dissociation du lobule hépatique et l'inondation sanguine intercellulaire.

1. Ilot de cellules hépatiques à l'intérieur desquelles on voit la transformation en bloc de dégénérescence.
2. Interstice rempli de globules rouges entre les cellules.

Dans la macération plus marquée, les traînées cellulaires sont dissociées, les cellules forment des groupes de 2 à 3, ont subi une désintégration granuleuse et une sorte de nécrose, trouble qui rend leurs bords imprécis.

Dans la macération intense, on ne voit plus et encore qu'imparfaitement les gros vaisseaux. Le foie est transformé en une sorte de tissu réticulé, dans les mailles duquel sont des globules rouges,

des globules blancs, des amas pigmentés, brunâtres, granuleux, plus ou moins informes.

En résumé, il existe dans le foie des macérés des altérations qui rappellent de tous points celles des septicémies hémorragiques. Cet aspect est important à noter, car il paraît en rapport, comme nous allons le voir ci-dessous, avec la présence des spirochètes qui occupent les interstices cellulaires et les envahissent à la façon dont le bacille du charbon bactérien envahit les capillaires et les espaces vasculaires dans la septicémie charbonneuse.

La présence de l'infiltration sanguine et des spirochètes nous paraissent être la conséquence l'une de l'autre, et nous pensons que les lésions cellulaires hépatiques ne sont que la conséquence de l'envahissement de la circulation hépatique par les parasites. C'est la septicémie à spirochètes qui tue *in utero*, et la macération n'est qu'une altération secondaire.

Le spirochète présentait dans tous les cas les localisations décrites par les auteurs et en particulier par Fouquet dans son Mémoire, c'est-à dire le siège périvasculaire et intracapillaire. Nous insistons spécialement sur les rapports intimes que nous avons constamment rencontrés entre les cellules hépatiques et les spirochètes ; ceux-ci existent non seulement très nombreux dans les capillaires, mais ils s'insinuent entre les cellules qu'ils dissocient en s'accolant à elles. Quelques cellules, même, sont pénétrées par les parasites.

Dès les premières recherches qui furent faites dans les organes des hérédo-syphilitiques, plusieurs auteurs, Macé et Salmon, Boissard, présumaient qu'on ne peut découvrir dans les organes des fœtus macérés la présence de l'agent spiralé qui s'y détruisait par une sorte d'auto-digestion. Cette opinion fut contredite par Fouquet, Bar et de Kervilly.

La macération ne gêne en rien la recherche du parasite de la syphilis. Certains auteurs prétendent même que la macération favorise et multiplie la pullulation des parasites, mais le fait reste encore à démontrer. Cependant, il est à remarquer que dans les cas de macération prononcée, alors même que les cellules du foie sont très altérées, les spirochètes ont gardé nettement leur forme.

Pour Levaditi, « cette constatation démontre que ces parasites offrent une certaine résistance à l'influence nocive des ferments qui engendrent la macération aseptique (ferments autolysants). Cette résistance nous paraît due à une constitution particulière de leur enveloppe ectoplasmique. »

Nous n'insisterons pas sur les lésions microscopiques du foie des hérédosyphilitiques à terme ou près du terme, mort-nés et morts peu après la naissance.

Dans certains cas, le foie paraît tout à fait normal comme volume, poids, aspect et consistance, mais l'examen histologique montre des lésions plus ou moins accentuées, et les spirochètes y sont nombreux.

Dans d'autres cas, le foie ferme de consistance est très augmenté de volume, l'hypertrophie est régulière et totale, le poids peut dépasser 200^g; la coloration en est variable, souvent rouge foncé, brun pâle (foie silex), parfois grisâtre, rarement verdâtre.

Fouquet, dans un travail récent, a fait l'étude complète de l'hérédosyphilis hépatique précoce, envisageant successivement l'étude des lésions macroscopiques, des lésions microscopiques et l'étude bactériologique.

Il est cependant un point que nous tenons particulièrement à fixer : il s'agit de la bactériologie des gommes hépatiques chez les hérédosyphilitiques.

Sur près de 200 autopsies que nous avons pu pratiquer, nous avons eu seulement trois fois l'occasion de rencontrer des gommes dans le foie de trois de nos jeunes sujets avec la bonne fortune de trouver ces lésions à différentes périodes de leur évolution :

Période d'infiltration miliaire;

Période de caséification;

Période de sclérose.

Contrairement aux observations de Dohi et d'Hoffmann, l'examen bactériologique de ces gommes nous a toujours montré la présence de très nombreux spirochètes. Nous ajouterons même que nous avons été frappé du nombre considérable de spirochètes qui existent dans le tissu gommeux et du nombre restreint de ces mêmes parasites dans le tissu périgommeux ou non touché par ce processus dégénératif.

Fig. 9.



Stied. - 15 Mars 1909.

Coupe d'une gomme hépatique chez héédo-syphilitique. (Imprégnation argentique. Procédé Levaditi.)
Spirochètes situés à l'intérieur des fibres conjonctivo-élastiques.

L'examen microscopique des coupes d'une gomme hépatique parvenue à la période de sclérose et traitée par la méthode de Levaditi nous a montré de grandes bandes formées par un réticulum conjonctivo-élastique, dont la plupart étaient bourrées de spirochètes. A notre connaissance, cette localisation n'a été signalée par aucun auteur.

Dans ces fibres conjonctivo-élastiques, les spirochètes apparaissent allongés, étirés, rectilignes, et leur forme contraste fort en général avec celle des autres spirochètes situés en dehors, qui appartiennent pour le plus grand nombre aux formes courtes, aux formes dégénérées.

Nous savons que les spirochètes sont capables de pénétrer dans les cellules et d'être ainsi à l'abri des phagocytes; de même, la pénétration des spirochètes dans les fibres conjonctivo-élastiques des gommages nous paraît indiscutable.

L'étude des mouvements du parasite de la syphilis nous permet de donner une explication, non seulement à cette pénétration, mais encore à la forme qu'il revêt dans le cas-particulier.

Examinons des spirochètes vivants à l'ultramicroscope et nous assisterons au phénomène suivant. Nous verrons, par exemple, deux spirochètes se rencontrer par leur extrémité et aussitôt se visser l'un autour de l'autre comme le pas d'une vis dans celui de son écrou; puis, le mouvement continuant, les deux individus sortent l'un de l'autre jusqu'à l'extrémité opposée à celle fixée d'abord. Ils restent alors unis par leur cil terminal, formant ainsi un couple, mais semblant ne plus former qu'un seul individu. Si un troisième spirochète rencontre ce couple individualisé, il vient encore l'allonger après l'avoir traversé, en s'y vissant d'une extrémité à l'autre.

Ce phénomène nous explique donc bien comment le spirochète, ayant pénétré dans une fibre conjonctivo-élastique, se visse autour d'une fibrille, comme une hélice autour de son axe, et, ainsi emprisonné, en épouse toutes les formes et en suit toutes les sinuosités.

RATE.

Bien que l'hypertrophie de la rate soit une manifestation presque constante dans l'hérédosyphilis, cet organe renferme en général

beaucoup moins de tréponèmes que le foie. C'est pourquoi Radæli a pensé que ce viscère possédait probablement une action destructive vis-à-vis du parasite de la syphilis, et aboutissait ainsi à appauvrir la rate en spirochètes.

Bertarelli et Volpino ⁽¹⁾ furent les premiers à découvrir les spirochètes pâles dans la rate de nouveau-nés hérédosyphilitiques, et signalèrent leur distribution irrégulière dans l'organe.

Quelques mois plus tard, Levaditi et Sauvage montrèrent que la répartition de ces parasites dans la rate offre toujours la même topographie : « disposés soit en pleines lacunes spléniques, disposés soit autour des gros vaisseaux ».

Levaditi a pu constater *la phagocytose de ces parasites par certains macrophages spléniques. Ce sont en général de grosses cellules mononucléaires logées dans les lacunes, et qui contiennent en plus des débris d'hématies, des spirochètes dégénérés, inclus dans des vacuoles protoplasmiques.*

La capsule splénique peut se trouver également envahie par les spirochètes que l'on rencontre disposés le long des faisceaux conjonctifs (Dohi).

(¹) BERTARELLI et VOLPINO, *Centralbl. f. Bakteriolog.*, t. XL, fasc. 1, 1905, p. 56.



RECHERCHES PERSONNELLES.

ENFANTS RECONNUS SYPHILITIKES PAR LA RECHERCHE DU SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN.

	Femmes syphilitiques.							
	Syphilis en évolution.		Syphilis sans accidents contagieux.		Femmes suspectes.		Femmes saines.	
	Reconnus Nombre d'enfants.	syphili- tiques.	Reconnus Nombre d'enfants.	syphili- tiques.	Reconnus Nombre d'enfants.	syphili- tiques.	Reconnus Nombre d'enfants.	syphili- tiques.
Avortements..	2	0	1	0	2	0	14	0
Morts et macé- rés :	23	18	24	20	18	13	60	29
Morts peu après la naissance.	8	7	6	6	10	4	26	3
Vivants	7	3	12	4	13	0	8	0
Total	40	28	43	30	43	17	108	32

RECHERCHE DU SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN DANS LE FOIE DES FOËTUS ET NOUVEAU-NÉS.

Les résultats que nous avons obtenus en pratiquant la recherche du spirochète pâle de Schaudinn dans le foie des fœtus abortifs des enfants morts et macérés, des nouveau-nés morts peu après la naissance peuvent se résumer dans le Tableau suivant :

	Femmes syphilitiques.							
	Syphilis en évolution.		Syphilis ancienne ou récente sans accidents contagieux.		Femmes suspectes.		Femmes saines.	
	Nombre d'exams.	Résultats positifs.	Nombre d'exams.	Résultats positifs.	Nombre d'exams.	Résultats positifs.	Nombre d'exams.	Résultats positifs.
Avortements..	2	0	1	0	2	0	14	0
Enfants macé- rés :	23	18	24	20	18	13	60	29
Enfants morts peu après la naissance...	7	6	4	4	10	4	26	3

D'après ces résultats nous voyons que :

1° Dans aucun cas la présence du spirochète pâle de Schäudinn n'a pu être décelée dans le foie des avortons.

2° Chez 47 fœtus morts et macérés, issus de femmes syphilitiques avérées :

38 fois le spirochète fut trouvé dans la glande hépatique ;

9 fois la recherche fut négative.

Dans ces 9 cas, les femmes avaient suivi un traitement mercuriel plus ou moins régulier, et la disparition des spirilles semble devoir être attribuée à l'action du mercure. Les expériences de Lévy-Bing ont montré, en effet, que le spirochète disparaît assez rapidement sous l'influence du traitement mercuriel.

2° L'examen de 78 fœtus morts et macérés, nés de femmes saines ou chez lesquelles la syphilis était suspectée mais non certaine, a permis de déceler :

42 fois des spirochètes dans le foie ;

36 fois les recherches furent négatives.

Si nous additionnons les résultats précédents, on voit que dans l'ensemble des 125 cas, la macération a été reconnue d'origine syphilitique dans 80 cas, c'est-à-dire dans 64 pour 100 des cas.

4° Les recherches sur des enfants morts au cours du travail ou peu de temps après la naissance ont donné comme résultat :

Chez 11 fœtus nés de femmes syphilitiques, 10 fois l'examen fut positif.

Dans le seul cas où la recherche fut négative, la mère avait suivi le traitement mercuriel.

Chez 36 fœtus dont les mères n'avaient pas de syphilis pouvant être diagnostiquée cliniquement, il y eut :

29 résultats négatifs ;

7 résultats positifs.

La rareté avec laquelle on trouve le spirochète de la syphilis dans les embryons avant 6 mois nous donne à penser que, chez les femmes atteintes de syphilis, l'avortement par contamination du fœtus est peut-être moins fréquent qu'on ne le pense généralement. Nous avons déjà signalé ce fait ⁽¹⁾ que Gräfenberg ⁽²⁾ a confirmé

(1) TISSIER et GIRAULD, *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, janvier 1908.

(2) GRAFENBERG, *Archiv. für Gynäk.*, t. LXXXVII, 1908, p. 190.

dans un travail récent, et nous avons ainsi tendance à admettre que la pénétration du spirille dans la circulation fœtale ne se fait que vers le sixième mois de la gestation.

RECHERCHE DU SPIROCHÈTE PALE DE SCHAUDINN DANS LE FOIE DES MONSTRES
A TERME OU PRÈS DU TERME, ET DES NOUVEAU-NÉS MORTS PEU APRÈS LA
NAISSANCE PORTEURS DE MALFORMATIONS CONGÉTINALES.

1. Fœtus macéré, avec bec-de-lièvre et doigt supplémentaire à chaque main.....	Résultat positif.
2. Absence congénitale du tibia. Imperforation de l'anus (mort quelques jours après la naissance) ⁽¹⁾ ..	Résultat négatif.
3. Hydrocéphale (mort-né).....	Résultat négatif.
4. <i>Spina bifida</i> . Vessie en exstrophie. Hernie ombilicale (mort-né) ⁽²⁾	Résultat négatif.
5. Hernie diaphragmatique du foie et d'une partie de l'intestin (mort après quelques inspirations) ⁽²⁾	Résultat négatif.
6. Brides amniotiques. Brièveté du cordon. Hernie embryonnaire (mort après quelques inspirations) ⁽³⁾ ..	Résultat négatif.
7. Polydactylie des membres supérieurs et inférieurs. Absence complète de verge. Reins polykystiques (mort après quelques inspirations) ⁽⁴⁾	Résultat négatif.
8. Fœtus macéré avec bec de lièvre et hernie ombilicale (éviscération presque complète).....	Résultat négatif.

⁽¹⁾ Présenté à la Société d'Obstétrique de Paris par M. le D^r Tissier (séance du 15 janvier 1908).

⁽²⁾ Présenté par M. le professeur agrégé Couvelaire à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie.

⁽³⁾ Présenté à la Société d'Obstétrique de Paris par MM. Tissier et Pénard.

⁽⁴⁾ Présenté à la Société d'Obstétrique de Paris par MM. Tissier, Girauld et Pénard.

OBSERVATIONS JUSTIFICATIVES.

FEMMES SYPHILITIQUES.

Syphilis en évolution.

1° AVORTEMENTS.

Observation 1. — Femme Is., 20 ans, domestique, I pare.

Syphilis conjugale probable.

Chancre il y a un an. Céphalée. Angine.

Traitement pendant quelques mois avec des pilules.

Présente à son entrée dans le service des plaques muqueuses vulvaires presque complètement cicatrisées. OE'dème induré de la vulve. Adénopathie inguinale gauche typique.

Avortement de 3 mois. Expulsion d'un œuf complet de 270^g.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 5 février 1908.*)

Observation 2. — Femme Cas., 20 ans, journalière, II pare.

Première grossesse il y a 2 ans. Accouchement à terme à l'hôpital Lariboisière d'un enfant mort 8 jours après la naissance (muguet).

Les deux grossesses sont d'un même père.

Chancre il y a un an. Roséole méconnue.

Présente à son entrée dans le service des plaques muqueuses vulvaires, ayant débuté il y a un mois.

N'a jamais été traitée.

Avortement de 4 mois et demi. Masculin, 210^g. Placenta, 170^g.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

Sang de la mère : réaction de Porgès positive.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 22 novembre 1908.*)

2° ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS.

Observation 3. — Femme Au., 23 ans, domestique, I pare.

Chancre au troisième mois de la grossesse, consulte à l'hôpital Lariboisière et reçoit deux piqûres d'huile grise. Ne suit plus le traitement, les piqûres ayant été douloureuses.

Présente à son entrée dans le service des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques et des plaques muqueuses buccales.

Grossesse de 5 mois et demi.

Masculin, 210^g. Placenta, 100^g.

La femme n'a jamais perçu les mouvements du fœtus.

Foie du fœtus : rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 avril 1908.)

Observation 4. — Femme Br., 22 ans, I pare.

Chancre vers le sixième mois de la grossesse.

N'a pas suivi de traitement.

Présente à son entrée dans le service une roséole manifeste sur la partie inférieure du tronc et des plaques muqueuses vulvaires.

Masculin, 1680^g. Placenta, 400^g.

Grossesse de 8 mois. Présentation du sommet.

Foie du fœtus, 67^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 23 décembre 1907.)

Observation 5. — Femme Ba., 28 ans, lingère. III pare.

Première grossesse à terme, il y a 6 ans, garçon vivant, bien portant.

Deuxième grossesse à terme, il y a 2 ans, garçon vivant, bien portant.

Les trois grossesses sont d'un même père.

Ignore l'époque d'apparition du chancre. Roséole 6 semaines avant l'accouchement.

N'a jamais été traitée.

A son entrée dans le service on constate simplement un reliquat de roséole ; rien à la vulve.

Féminin, 2200^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Foie du fœtus, 160^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 août 1908.)

Observation 6. — Femme Bu., 26 ans, I pare.

Chancre dans les premiers mois de la conception.

Consulte au sixième mois de la grossesse et reçoit deux piqûres d'huile grise.

Présente, à son entrée dans le service, des plaques muqueuses vulvaires et buccales et des syphilides secondaires sur le thorax.

Masculin, 1420^g. Placenta, 520^g.

Grossesse de 7 mois. Présentation du sommet.

Mouvements du fœtus disparus depuis 10 jours.

Foie du fœtus, 70^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 avril 1908.)

Observation 7. — Femme Ca., 24 ans, couturière, II pare.

Une grossesse antérieure, il y a 2 ans, avec enfant à terme vivant et bien portant.

Roséole dans le cours du troisième mois de la grossesse actuelle.

A son entrée dans le service on trouve des plaques muqueuses anales et vulvaires avec adénopathie inguinale bilatérale, reliquat de roséole et une amygdalite spécifique.

A reçu quatre piqûres d'huile grise avant l'accouchement.

Féminin, 1040^g. Placenta, 310^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie du fœtus, 29^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 16 novembre 1908.)

Observation 8. — Femme Cot., 20 ans, découpeuse, I pare.

Ignore l'époque d'apparition du chancre.

N'a pas été traitée.

Présente à son entrée dans le service des plaques muqueuses anales et vulvaires.

Masculin, 1680^g. Placenta, 480^g.

Grossesse de 7 mois et demi. Présentation du siège.

Mouvements du fœtus disparus depuis près de 2 mois.

Foie du fœtus, 50^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 février 1908.)

Observation 9. — Femme Cl., 22 ans, fille publique, II pare.

Grossesse antérieure il y a 18 mois, terminée par un avortement de 5 mois et demi.

Chancre au quatrième mois de la grossesse actuelle, entre aussitôt dans le service du P^r Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, et reçoit douze piqûres de benzoate. A sa sortie, ne suit plus aucun traitement.

Présente au moment de l'accouchement :

Adénopathie inguinale bilatérale, plaques muqueuses vulvaires. Nombreuses plaques érosives sur la langue, les amygdales, la face interne des joues et des lèvres.

Féminin, 2170^g. Placenta, 500^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 110^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 octobre 1907.)

Observation 10. — Femme Cé., 19 ans, I pare.

Mariée le 23 avril 1907 ; 2 mois après, apparition d'un chancre aux parties génitales, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour éruption (roséole). Entre salle Henri IV, reçoit dix piqûres, puis quitte le service.

Continue à se soigner avec des pilules pendant quelques jours, puis cesse tout traitement.

Présente, au moment de l'accouchement, une adénopathie inguinale typique et des plaques muqueuses vulvaires.

Féminin, 580^g. Placenta, 220^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 5 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus, 33^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 9 janvier 1908.)

Observation 11. — Femme Ch., 23 ans, femme de laboratoire, III pare.

Deux grossesses antérieures.

La première il y a 6 ans, fille mort-née; la seconde il y a 20 mois; fille vivante bien portante.

Chancre syphilitique à l'anus, au deuxième mois de la grossesse actuelle; a eu ensuite roséole, angine, céphalée.

A été traitée 4 jours seulement avant l'accouchement (hôpital Saint-Louis, salle Henri IV), et présentait à ce moment des plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires.

Masculin, 1750^g. Placenta, 800^g.

Présentation du siège (hydramnios). Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 95^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 mai 1908.)

Observation 12. — Femme De., 23 ans, brodeuse, II pare.

Le 20 juillet 1907, accouchement prématuré à 7 mois d'un garçon vivant, actuellement bien portant.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Chancre au quatrième mois de cette grossesse; vient consulter à Saint-Louis, entre salle Gibert et reçoit quatre piqûres d'huile grise dont la dernière 3 semaines avant l'accouchement.

Présente à ce moment des plaques muqueuses à l'anus.

Masculin, 1020^g. Placenta, 250^g.

Présentation de l'épaule. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 2 jours.

Foie du fœtus, 44^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 9 juillet 1908.)

Observation 13. — Femme Dec., 33 ans, confectionneuse, VI pare.

A eu d'une première union cinq enfants à terme, vivants et bien portants.

La grossesse actuelle est d'un autre père. Ignore la date d'apparition du chancre. Roséole méconnue. N'a jamais consulté et n'a pas été traitée.

Présente, à son entrée dans le service, des plaques muqueuses hypertrophiques à la vulve.

Masculin, 1020^g. Placenta, 320^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie du fœtus, 45^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 12 mai 1908.)

Observation 14. — Femme Fre., 25 ans, 1 pare.

Chancre au début de la grossesse.

N'a jamais consulté et n'a suivi aucun traitement.

Présente, à son entrée dans le service, des plaques muqueuses vulvaires.

Féminin, 900^g. Placenta, 320^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Foie du fœtus, 125^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 22 mars 1908.)

Observation 15. — Femme Go., 19 ans, domestique, 1 pare.

Ignore la date d'apparition du chancre.

Enceinte, entre à l'asile Fessart ; on constate chez cette femme des lésions suspectes du côté de la vulve et elle est dirigée vers l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV). La grossesse avait à cette époque 5 mois et demi environ.

Mise au traitement spécifique, elle reçoit quinze piqûres de benzoate.

A son entrée dans le service d'accouchements, cette femme présente des plaques muqueuses vulvaires.

Masculin, 620^g. Placenta, 250^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 1 mois.

Foie du fœtus : très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 février 1908.)

Observation 16. — Femme Gr., 26 ans, domestique, 1 pare.

Chancre au quatrième mois de la grossesse.

Ne vient consulter à l'hôpital Saint-Louis qu'à la suite de l'apparition de la roséole.

Entre dans le service de M. le Dr Brocq, le 26 septembre 1908, et accouche le lendemain.

N'a suivi aucun traitement.

A son entrée dans le service de la Maternité, on constate une roséole dont le début remonte à 3 semaines.

Masculin, 700^g. Placenta, 250^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 1 mois.

Foie du fœtus, 35^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 27 septembre 1908.)

Observation 17. — Femme Jau., 20 ans, journalière, 1 pare.

Entre le 2 avril 1908 à l'hôpital Broca, pour chancre syphilitique des parties génitales; à cette époque, cette femme était enceinte de 5 mois environ. Mise au traitement, elle reçoit sept piqûres d'huile grise, pendant un séjour de 2 mois.

A son entrée dans le service, on trouve un reliquat de roséole et des plaques muqueuses vulvaires en partie cicatrisées.

Masculin, 1820^g. Placenta, 350^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus, 47^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 24 juin 1908.)

Observation 18. — Femme Le P., 20 ans, cuisinière, 1 pare.

Syphilis conjugale.

Chancre au quatrième mois de la grossesse. Vient consulter à l'hôpital Saint-Louis et prend des pilules Dupuytren pendant 8 jours seulement.

Revient consulter à l'hôpital Saint-Louis et entre salle Lugol, le 9 mai 1908; la grossesse était à cette époque de 6 mois et demi.

Du 9 mai au 10 juin 1908, date de l'accouchement, reçoit seize piqûres.

A son entrée à la Maternité, on constate un reliquat de roséole, des plaques muqueuses buccales et syphilide pigmentaire du cou.

Séro-réaction Wassermann, résultat positif.

Masculin 2750^g. Placenta 520^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 80^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 10 juin 1908.)

Observation 19. — Femme La., 18 ans, 11 pare.

Syphilis conjugale.

Accouchement antérieur d'un prématuré de 6 mois, mort et macéré, dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 15 jours.

Cette première grossesse et l'actuelle sont d'un même père, soigné à l'hôpital Saint-Louis pour syphilis.

La femme ignore la date d'apparition du chancre, vient 3 semaines avant son deuxième accouchement. Prend des pilules Dupuytren pendant 18 jours.

A son entrée à la Maternité, on constate des plaques muqueuses vulvaires.

Masculin, 380^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 semaines.

Foie du fœtus, 25^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 13 septembre 1908.*)

Observation 20. — Femme Mar., 23 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures à terme avec enfants vivants.

Les trois grossesses sont du même père.

Entre dans le service de M. le Dr Brocq (14 août 1907); à cette époque, la grossesse actuelle était de 6 mois.

A reçu comme traitement quarante piqûres de biiodure.

A son entrée dans le service, on trouve encore de l'induration au lieu du chancre (chancre de la fourchette).

Féminin, 1850^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 25^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 23 octobre 1908.*)

Observation 21. — Femme Ma., 24 ans, cartonnrière, IV pare.

Toutes les grossesses sont du même père.

Première grossesse à 19 ans, enfant à terme, vivant, bien portant.

Deuxième grossesse à 21 ans, prématuré à 7 mois et demi, vivant, bien portant.

Troisième grossesse, à 23 ans, prématuré à 7 mois et demi, mort et macéré.

Ne percevait plus les mouvements du fœtus depuis 3 semaines (1^{er} mai 1907).

Date du chancre ignorée.

A son entrée à la Maternité, on constate des plaques muqueuses anales.

Masculin 1320^g. Placenta, 400^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus, disparus depuis 3 semaines.

Foie du fœtus, 52^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 3 septembre 1908.)

Observation 22. — Femme Meu., 30 ans, II pare.

A eu d'un premier mariage une grossesse antérieure à terme avec enfant vivant (mai 1905).

Traitée à l'hôpital Saint-Louis (salle Lugol) du 30 octobre au 18 décembre 1908 pour chancre syphilitique des parties génitales. Reçoit sept piqûres d'huile grise et prend des pilules pendant 15 jours seulement à sa sortie de l'hôpital. Au début du traitement la grossesse était d'environ 4 mois.

A son entrée dans le service, on trouve des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques.

Féminin, 960^g. Placenta, 280^g.

Expulsion de l'œuf complet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 2 mois.

Foie du fœtus, 20^g. Rares tréponèmes.

Sang de la mère, réaction de Porgès positive.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 1^{er} février 1909.)

Observation 23. — Femme P., 16 ans, couturière, I Pare.

Cette femme ignore la date d'apparition de l'accident spécitique initial. La roséole est méconnue.

Le maxillaire supérieur ne possède que deux incisives.

A son entrée dans le service, on trouve des syphilides secondaires sur les jambes.

N'a jamais été traitée.

Masculin, 1150^g. Placenta, 420^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 37^g. Très nombreux tréponèmes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 21 juin 1908.)

Observation 24. — Femme Seg., 18 ans, femme de ménage, I pare.

Chancre au sixième mois de la grossesse.

Entre le 1^{er} octobre 1908 dans le service de M. le Dr Danlos, pour plaques muqueuses buccales et vulvaires.

A reçu avant l'accouchement trois piqûres d'huile grise et présentait à ce moment des plaques muqueuses vulvaires en partie cicatrisées.

Masculin, 1750^g. Placenta, 400^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Mouvements du fœtus disparus depuis 12 jours.

Foie du fœtus, 60^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 24 octobre 1908.)

Observation 25. — Femme Vil., 18 ans, découpeuse, I pare.

Cette femme ignore la date d'apparition de l'accident spécifique initial. La roséole est méconnue.

A son entrée dans le service on note des plaques muqueuses vulvaires.

N'a jamais subi aucun traitement.

Féminin, 2450^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus, 110^g. Nombreux tréponèmes.

Réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 juin 1908.)

3^e ENFANTS VIVANTS, MORTS PEU APRÈS LA NAISSANCE.

Observation 26. — Femme Béz., 22 ans.

Cette femme, d'origine russe, ne parle pas le français, et il est impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents.

On trouve, à son entrée dans le service, des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques.

Féminin, 1620^g. Placenta, 600^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois et demi.

Enfant mort le quatrième jour après sa naissance.

Foie pèse 75^g. Assez nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 novembre 1908.)

Observation 27. — Femme Del., cuisinière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a un an ; accouchement à terme d'un enfant mort le huitième jour après sa naissance d'hémorragie ombilicale.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Date du chancre ignorée.

A son entrée dans le service, on constate à la vulve de nombreuses plaques muqueuses érosives avec aspect polycyclique.

Papules au pourtour de l'anus.

Plaques érosives sur la langue.

N'a jamais été traitée.

Fémnin, 1970^g. Placenta, 900^g.

Hydramnios. Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort après quelques inspirations.

Foie, 126^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 5 mars 1909.)

Observation 28. — Femme Lu., 22 ans, I pare.

Femme rachitique, avec bassin rétréci dans tous ses diamètres.

Entre le 2 novembre 1907 dans le service de M. le D^r Danlos, à l'hôpital Saint-Louis, avec des plaques muqueuses anales.

Traitement par injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Masculin, 1660^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort le dixième jour après sa naissance.

Foie pèse 85^g. Nombreux tréponèmes.

A la naissance il n'avait pas été vu de spirochètes dans le placenta.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 28 novembre 1907.)

Observation 29. — Femme Poi., 20 ans, domestique, I pare.

Entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le D^r Danlos)

le 19 octobre 1908 avec des plaques muqueuses vulvaires. Le chancre a été constaté dans le courant du mois précédent. A reçu six piqûres d'huile grise avant l'accouchement et à ce moment les plaques vulvaires étaient presque complètement cicatrisées.

Masculin, 2200^g. Placenta, 520^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant mort le vingtième jour après sa naissance.

Foie pèse 110^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 1^{er} décembre 1908.*)

Observation 30. — Femme Rab., 1 pare.

Chancre vers le troisième mois de la grossesse.

Entre le 21 octobre 1907 dans le service de M. le Dr Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement est donc institué 6 semaines avant l'accouchement et a consisté en piqûres journalières de biiodure et deux séries de cinq piqûres d'atoxyl.

A son entrée dans le service, on trouve des syphilides papulo-érosives de la vulve et une roséole manifeste, syphilide pigmentaire du cou.

Présentation du siège. Grossesse à terme.

Masculin, 2520^g. Placenta, 420^g.

L'enfant est mort 8 mois après sa naissance à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'examen bactériologique du placenta avait donné un résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 8 décembre 1907.*)

Observation 31. — Femme Rég., 21 ans, domestique, 1 pare.

Chancre vers le quatrième mois de la grossesse.

Entre dans les premiers jours de septembre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le Dr Thibierge pour roséole.

A reçu quatre piqûres d'huile grise.

A son entrée dans le service, on trouve des plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques et une roséole à son déclin.

Masculin, 1420^g. Placenta, 300^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Enfant mort 4 heures après sa naissance.

Foie, 65^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 12 octobre 1908.)

Observation 32. — Femme Tey., 23 ans, domestique, 1 pare.

Roséole au deuxième mois de la grossesse.

A son entrée dans le service, on constate à la vulve, sur la petite lèvre gauche, les traces d'un chancre syphilitique; l'induration est encore manifeste.

Adénopathie inguinale. Céphalée. Reliquat de roséole. Angine.

Aucun traitement.

Masculin, 2850^g. Placenta, 470^g.

Présentation du siège décomplété (fesses). Grossesse à terme.

Enfant mort pendant le travail.

Foie, 140^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 15 avril 1909.)

Observation 33. — Femme Th., 19 ans, domestique, 1 pare.

Apparition du chancre au début de la grossesse.

Angine spécifique vers le sixième mois de la grossesse.

Traitement au troisième mois de la grossesse. Douze piqûres d'huile grise et cinq piqûres d'huile au calomel.

A son entrée dans le service d'accouchement, cette femme présente une gingivite et une stomatite intenses.

Féminin, 2030^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant débile, ayant eu du coryza syphilitique, des hémorragies ombilicales 10 jours après la naissance.

Mort au seizième jour.

Foie, 74^g. Nombreux spirochètes.

Séro-réaction Porgès (sang du cordon), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 6 mai 1909.)

4° ENFANTS VIVANTS PRÉSENTANT DES LÉSIONS SYPHILITQUES.

Observation 34. — Femme Ch., 17 ans, repasseuse, 1 pare.

Apparition d'un chancre vers le septième mois de la grossesse.

A son entrée dans le service, on trouve le chancre siégeant sur la grande lèvre droite, mais presque complètement cicatrisé.

Adénopathie inguinale droite manifeste. Roséole sur le tronc et les membres inférieurs.

Pas de traitement.

Féminin, 2680^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Séro-diagnostic Porgès :

1^o Sang de la mère : positif.

2^o Sang du cordon : négatif.

L'enfant est sain. La courbe d'accroissement est normale.

Trois semaines après la naissance, l'enfant fait une éruption généralisée de syphilides papuleuses.

Sous l'influence du traitement (huile grise), l'éruption disparaît.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 23 janvier 1909.)

Observation 35. — Femme Gi., 19 ans, brunisseuse, I pare.

Date du chancre ignorée ; roséole accompagnée d'angine au septième mois de la grossesse.

Traitée pendant 3 jours avec pilules.

A son entrée dans le service, on trouve des plaques muqueuses vulvaires.

Féminin, 2520^g. Placenta, 500^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Cet enfant présente à sa naissance du pemphigus plantaire et palmaire ; mis au traitement (poids 12 jours après la naissance, 2260^g).

Séro-réaction de Porgès (sang du cordon), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 1^{er} septembre 1908.)

Observation 36. — Femme Me., 24 ans, piqueuse à la machine, II pare.

Chancre des parties génitales, en juillet 1906.

Entre dans le service de M. le Dr Danlos à l'hôpital Saint-Louis en septembre 1906, pour roséole, plaques muqueuses anales et vulvaires, et grossesse probable.

Pendant un séjour de 3 mois dans ce service, cette femme prend des pilules.

Vient ensuite accoucher à la Maternité de Saint-Louis (fin mars 1907), à 7 mois et demi, d'un enfant mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 1 mois et demi.

Cette femme quitte l'hôpital en avril 1907 et prend à nouveau des pilules pendant 15 jours seulement.

Entre à nouveau à la Maternité de Saint-Louis, avec des lésions anales et une grossesse arrivée à terme.

Le père de ces deux enfants a été soigné à l'hôpital Saint-Louis pour syphilis en août 1905, et n'a suivi depuis cette époque aucun traitement.

Masculin, 3250^g. Placenta, 650^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Cet enfant présente à sa naissance du pemphigus plantaire et palmaire ; mis au traitement.

Séro-réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat positif.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 juin 1908.)

5° ENFANTS VIVANTS N'AYANT PAS PRÉSENTÉ D'ACCIDENTS
SYPHILITIQUES.

Observation 37. — Femme Ber., 34 ans, II pare.

La première grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à 7 mois avec enfant vivant.

Chancre au huitième mois de la grossesse actuelle.

A son entrée dans le service, on trouve encore le chancre sur la grande lèvre droite.

Pas de traitement.

Masculin, 3630^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Liquide amniotique abondant.

Séro-diagnostic de Porgès :

1° Sang de la mère : résultat positif.

2° Sang de l'enfant : résultat négatif.

L'enfant est tout à fait sain et normal. La courbe d'accroissement ne révèle rien de spécial.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 16 octobre 1908.)

Observation 38. — Femme Gui., 21 ans, employée de commerce, I pare.

Époque du chancre ignorée.

Roséole au sixième mois de la grossesse.

Le père était soigné pour syphilis, prenait et prend encore des pilules mercurielles.

A son entrée dans le service, on trouve des plaques muqueuses vulvaires et une roséole à son déclin; adénopathie inguinale bilatérale.

Pas de traitement.

Féminin, 2260^g. Placenta, 400^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

L'enfant paraît sain. La courbe d'accroissement ne révèle rien de spécial.

Séro-réaction de Porgès (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 30 décembre 1908.)

Observation 39. — Femme La., 19 ans, domestique, I pare.

Chancre syphilitique apparaissant 2 mois avant l'accouchement. Traitement par le sirop de Gibert pendant 15 jours.

A son entrée dans le service, on constate un chancre énorme siégeant sur la grande lèvre droite avec adénopathie inguinale. Au moment du travail, la grande lèvre a été déchirée.

Roséole manifeste.

Masculin, 2700^g. Placenta, 480^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant paraît sain. La courbe d'accroissement ne révèle rien de spécial.

Séro-réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat douteux.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 décembre 1908.)

Observation 40. — Femme The., 23 ans, femme de ménage, I pare.

Chancre ayant apparu vers le septième mois de la grossesse.

Entre dans le service de M. le Dr Danlos à l'hôpital Saint-Louis et reçoit six piqûres d'huile grise.

À son entrée dans le service, le chancre est presque complètement guéri.

Féminin, 2450^g. Placenta, 420^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

L'enfant paraît sain et la courbe d'accroissement nous montre l'enfant pesant 2300^g 12 jours après la naissance.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 30 septembre 1908.)

FEMMES SYPHILITIQUES.

Syphilis récente ou ancienne sans manifestations contagieuses apparentes.

1^o AVORTEMENTS.

Observation 50. — Femme Go., 22 ans, repasseuse, I pare.

Syphilis maternelle datant de 18 mois et syphilis paternelle de 7 ans.

Le père n'a suivi aucun traitement. La mère a été soignée dès le début et pendant 7 mois (trois piqûres de biiodure par semaine).

La première grossesse s'est terminée en mai 1908 par un accouchement prématuré à 7 mois, avec enfant mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 20 jours. (Clinique Tarnier.)

Aucun traitement pendant la grossesse actuelle.

Masculin, 130^g. Placenta, 120^g.

Avortement de 4 mois.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

La réaction de Wassermann, pratiquée à la clinique Tarnier en mai 1908 lors du premier accouchement, a donné un résultat négatif.

La réaction de Porgès que nous avons faite lors de l'avortement nous a donné également un résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 20 novembre 1908.)

2^o ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS.

Observation 51. — Femme Al., 22 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures d'un premier père, avec enfants vivants et bien portants.

Syphilis datant de 6 mois, traitée dans le service de M. le Dr Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis, pendant 6 semaines seulement.

Masculin, 900^g. Placenta, 180^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Foie du fœtus. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 16 décembre 1907.)

Observation 52. — Femme Ar., 17 ans, plumassière, I pare.

Syphilis datant de 8 à 10 mois, traitée régulièrement par des pilules de protoiodure.

Féminin, 1250^g. Placenta, 400^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 80^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 mars 1908.)

Observation 53. — Femme Bar., 24 ans, femme de ménage,

I pare.

Syphilis datant de 8 mois.

Traitée seulement 3 mois après par des pilules de protoiodure pendant 15 jours et immédiatement après par séries de piqûres de biiodure (*Hôpital Saint-Louis*, salle Lorry).

Masculin, 2100^g. Placenta, 400^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 78^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 6 avril 1908.)

Observation 54. — Femme Bè., 23 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures à terme ; la première avec enfant vivant, mort à 11 mois, de méningite ; la deuxième avec enfant mort-né.

Syphilis datant de 2 mois et demi, traitée par des piqûres d'huile grise et de biiodure.

Féminin, 2300^g. Placenta, 1060^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Foie du fœtus 320^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 février 1908.)

Observation 55. — Femme Ber, 27 ans, pianiste, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 3 ans, avec enfant prématuré à 8 mois, vivant et bien portant.

Syphilis datant de 3 ans; apparition d'un chancre aux parties génitales, 3 jours avant le premier accouchement.

Traitement : 21 piqûres de biiodure dès le début et pilules régulièrement depuis 3 ans.

Les deux grossesses sont du même père.

Oeuf complet, 950^g.

Masculin, 632^g. Placenta, 215^g.

Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 18 jours.

Foie du fœtus, 27^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 29 novembre 1908.)

Observation 56. — Femme Ca., 22 ans, émailleuse, III pare.

Deux grossesses antérieures :

La première il y a 2 ans; avortement de 6 mois.

La deuxième il y a 14 mois; accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort une demi-heure après la naissance.

Les trois grossesses sont d'un même père.

Syphilis contractée de ce dernier il y a 3 ans environ.

Traitement à l'hôpital Broca pendant 10 jours seulement, et dès l'apparition du chancre.

Depuis cette époque, aucun traitement.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Féminin, 1320^g. Placenta, 460^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 4 jours.

Foie du fœtus : très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 juillet 1908.)

Observation 57. — Femme Co., 20 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure à terme avec enfant vivant, mort à 20 mois de broncho-pneumonie.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Petites taches leucoplasiques sur la langue.

Rhino-laryngo-pharyngite. Polyadénopathie sous-maxillaire. Gingivite. Facies adénoïdien.

Féminin, 1350^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie du fœtus, 72^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 novembre 1907.)

Observation 58. — Femme Coq., 28 ans, VIII pare.

A eu quatre grossesses d'un premier mari.

Première grossesse à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse à terme, enfant mort à 5 mois de méningite.

Troisième grossesse à terme, enfant vivant.

Quatrième grossesse, enfant prématuré né à 7 mois et demi et mort le troisième jour.

D'un second mari, quatre grossesses terminées par trois avortements de 15 jours, 2 mois, 3 mois et demi et la grossesse actuelle.

Syphilide pigmentaire du cou très marquée. Aucun traitement.

Masculin, 1600^g. Placenta, 580^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 10 jours.

Foie du fœtus, 67^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 décembre 1908.)

Observation 59. — Femme Da., 31 ans, ménagère, IV pare.

Trois grossesses antérieures d'un même père.

La première il y a 5 ans; avortement de 3 mois.

La seconde il y a 4 ans; enfant à terme, vivant et bien portant.

Le troisième il y a 15 mois; accouchement prématuré à 7 mois et demi, enfant mort et macéré dont les mouvements avaient disparu depuis 1 mois.

Syphilis datant de 18 mois.

Pas de traitement.

Féminin, 1080^g. Placenta, 420^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 1 mois.

Foie du fœtus, 62^g. Assez nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 30 novembre 1908.)

Observation 60. — Femme Des., 22 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant et bien portant.

Age de la syphilis ignoré.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Pas de traitement.

Masculin, 950^g. Placenta, 440^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 45^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 3 février 1908.)

Observation 61. — Femme Du., 28 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures terminées par deux avortements de 3 et 5 mois avant tout accident syphilitique.

Syphilis datant de 3 ans.

Aucun traitement.

Masculin, 670^g. Placenta, 200^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Foie du fœtus, 20^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 janvier 1908.)

Observation 62. — Femme Fr., 28 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures d'un autre père; enfants vivants et à terme, dont un est mort de méningite à 6 semaines.

Age de la syphilis inconnu.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Aucun traitement.

Masculin, 1750^g. Placenta, 750^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois et quart.

Foie du fœtus, 65^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 janvier 1908.)

Observation 63. — Femme Gu., 19 ans, fleuriste, I pare.

Syphilis conjugale.

Roséole au troisième mois de la grossesse.

Traitement : quatre piqûres d'huile grise.

Mari syphilitique non traité.

Féminin, 1250^g. Placenta, 450^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois.

Foie du fœtus, 65^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 24 avril 1908.)

Observation 64. — Femme Ge., 19 ans, couturière, 1 pare.

Roséole au début de la grossesse.

Traitement : pilules Dupuytren pendant 15 jours, mais 2 mois avant d'être enceinte.

Oeuf complet, 1520^g.

Grossesse de 5 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 2 jours.

Foie du fœtus, 30^g. Peu nombreux tréponèmes.

Réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 mai 1908.)

Observation 65. — Femme Geo., 25 ans, infirmière, 1 pare.

Roséole au quatrième mois de la grossesse, traitée avec trois piqûres de benzoate.

Féminin, 2000^g. Placenta, 700^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 90^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 avril 1908.)

Observation 66. — Femme Ja., 17 ans, 1 pare.

Syphilis datant d'un an, traitée dès le début avec neuf piqûres d'huile grise.

Traitement régulier pendant toute la grossesse, avec des pilules de protoiodure.

Masculin, 2550^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois. Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 octobre 1907.)

Observation 67. — Femme La., 21 ans, blanchisseuse, 11 pare.

Une première grossesse il y a 15 mois; accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Roséole au quatrième mois de la grossesse.

Date du chancre ignoré.

Adénopathie inguinale.

Pas de traitement.

Féminin, 850^g. Placenta, 450^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 4 jours.

Foie du fœtus, 44^g. Nombreux tréponèmes.

Séro-réaction de Porgès (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 19 février 1909.)

Observation 68. — Femme Le., 25 ans, cuisinière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 2 ans et demi, avec enfant vivant et bien portant.

Syphilis datant de 18 mois, traitée dès le début avec quinze piqûres d'huile au calomel et iodure de potassium pendant 3 mois.

Aucun traitement pendant la grossesse actuelle.

Masculin, 580^g. Placenta, 300^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 25 jours.

Foie du fœtus, 13^g. Rares tréponèmes.

Réaction de Porgès (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 2 décembre 1908.)

Observation 69. — Femme Ma., 32 ans, domestique, III pare.

Deux grossesses antérieures :

La première à terme avec enfant vivant.

La seconde, grossesse gémellaire à terme, avec un mort-né et un enfant mort 2 jours après la naissance.

Roséole il y a 2 ans, ayant apparu entre la première et la seconde grossesse.

Traitement à l'hôpital Beaujon, service de M. le professeur Robin. Pilules pendant 6 mois.

Aucun traitement pendant la grossesse actuelle.

Féminin, 1670^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 3 semaines.

Foie du fœtus, 85^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 août 1908.)

Observation 70. — Femme Po., 22 ans, couturière, II pare.

Syphilis conjugale datant de 2 ans.

Le mari et la femme se sont soignés dès le début, mais pendant 1 mois seulement (15 piqûres).

Une grossesse antérieure il y a 1 an, avec enfant prématuré à 8 mois et demi, mort et macéré.

Les mouvements du fœtus n'étaient plus perçus depuis 15 jours.

Syphilide pigmentaire du cou marquée.

Féminin, 2300^g. Placenta, 700^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 12 jours.

Foie du fœtus, 120^g. Tréponèmes.

Séro-réaction Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 septembre 1908.)

Observation 71. — Femme Pa., 23 ans, couturière, I pare.

Roséole au cinquième mois de la grossesse.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Pas de traitement.

Masculin, 1460^g. Placenta, 580^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 2 jours.

Foie du fœtus : très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 1^{er} juillet 1908.)

Observation 72. — Femme Qua., 22 ans, plumassière, I pare.

Roséole au deuxième mois de la grossesse.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Aucun traitement.

Féminin, 2480^g. Placenta, 820^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Foie du fœtus, 120^g. Nombreux tréponèmes.

Séro-réaction de Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 16 septembre 1908.)

Observation 73. — Femme Ro., 23 ans, cuisinière, I pare.

Syphilis conjugale.

Chancre vers le cinquième mois de la grossesse.

Entre le 23 mars 1908 à l'hôpital Saint-Louis (salle Gibert) avec des plaques muqueuses vulvaires.

Traitement : vingt et une piqûres de biiodure.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Féminin, 1880^g. Placenta, 450^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 mai 1908.)

Observation 74. — Femme Ve., 25 ans, infirmière, II pare.

Une grossesse antérieure d'un premier père, il y a 4 ans, avec enfant à terme vivant.

Syphilis conjugale.

Chancres il y a environ 10 mois.

Roséole au début de la grossesse et traitement pendant 1 mois seulement avec pilules de protoiodure.

Syphilide pigmentaire du cou typique.

Masculin, 2250^g. Placenta, 480^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 95^g. Tréponèmes.

Réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 mai 1908.)

3° ENFANTS VIVANTS, MORTS PEU APRÈS LA NAISSANCE.

Observation 75. — Femme Hey., 26 ans, couturière, I pare.

Syphilis conjugale. Le mari et la femme ont été traités ensemble.

Chancres il y a 1 an.

Traitement pendant toute la grossesse avec pilules Dupuytren.

Féminin, 3380^g. Placenta, 620^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant, au moment de la naissance, ne présente aucune lésion.

Le surlendemain, apparition d'éléments érythémateux sur la face.

Mis au traitement.

Pemphigus plantaire et palmaire.

Coryza syphilitique.

Mort le dixième jour après la naissance.

Foie, 157^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 décembre 1907.)

Observation 76. — Femme La., 22 ans, cartonnrière, II pare.

Une grossesse antérieure à terme il y a 2 ans avec enfant vivant, mort à 7 mois de broncho-pneumonie.

En septembre 1907, chancre, roséole, plaques muqueuses buccales. Traitement à l'hôpital Saint-Louis avec pilules Dupuytren, pendant 1 mois seulement.

Aucun traitement pendant la grossesse actuelle.

Syphilide pigmentaire du cou.

Masculin, 2050^g. Placenta, 650^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

L'enfant vivant *est macéré*; on constate de l'exfoliation de l'épiderme, surtout aux membres, et de l'œdème très marqué des mains et des doigts en particulier.

Mort 30 heures après la naissance.

Foie, 150^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 24 décembre 1908.*)

Observation 77. — Femme Pa., 21 ans, femme de chambre, I pare.

Syphilis conjugale, datant d'une année.

Traitement : pilules mercurielles pendant quelques jours et dès le début seulement.

Masculin, 2430^g. Placenta, 520^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mort après quelques inspirations.

Foie, 110^g. Très rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 27 janvier 1909.*)

Observation 78. — Femme Pi., 25 ans, cuisinière, III pare.

Deux grossesses antérieures terminées toutes deux par un avortement de 4 mois, il y a respectivement 7 ans et 4 ans.

Syphilis contractée il y a 7 ans et non traitée.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Féminin, 2750^g. Placenta, 650^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois avec hydramnios.

L'enfant, sain en apparence, fait des hémorragies multiples 6 jours après sa naissance (hémorragies ombilicales et vulvaires, purpura hémorragique).

Pemphigus plantaire et palmaire.

Mort 11 jours après la naissance, malgré le traitement.

Foie, 130^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 août 1908.)

Observation 79. — Femme Po., 25 ans, ménagère, II pare.

Première grossesse il y a 18 mois, terminée par un avortement de 2 mois et demi.

Chancre syphilitique il y a 5 ans environ.

Traitement ayant débuté 1 an après à l'hôpital Broca (service de MM. les D^{rs} Thibierge et Darier); pilules pendant 1 an et piqûres d'huile grise pendant 3 ans.

Masculin, 3200^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant paraît sain à la naissance; 10 jours après, éruption de pemphigus plantaire. Malgré le traitement suivi, l'enfant meurt à l'âge de 2 mois.

Séro-réaction Porgès : sang du cordon, résultat négatif; sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 16 décembre 1908.)

Observation 80. — Femme Ses., 16 ans, IV pare.

Trois grossesses antérieures à terme avec enfants vivants.

Toutes les grossesses sont du même père.

Date du chancre ignorée.

Cette femme présente un collier de Vénus très marqué.

Aucun traitement.

Masculin, 3300^g. Placenta, 920^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

L'enfant présente à la naissance une éruption de syphilides papuleuses et meurt le cinquième jour, ne pesant plus que 2750^g.

Foie, 212^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 1^{er} mai 1908.)

4° ENFANTS VIVANTS PRÉSENTANT DES LÉSIONS SYPHILITIQUES.

Observation 81. — Femme Dr., 18 ans, domestique, I pare.

Le 17 août 1907, accident primitif existant depuis 15 jours un

peu au-dessous du sein gauche, sur le rebord costal, sous la forme d'une érosion remarquablement arrondie et indurée (chancre du thorax).

Pas d'adénopathie axillaire. Roséole.

Plaques muqueuses vulvaires érosives et ulcéreuses.

Plaque érosive sur la voûte palatine.

Traitement immédiat par piqûres de benzoate de mercure à la dose de 2^{es} pendant 6 semaines.

(Service de M. le professeur Gaucher. *Hôpital Saint-Louis*, salle Henri IV.)

Féminin, 3150^g. Placenta, 650^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant ne présente aucune manifestation syphilitique au moment de la naissance. Ce n'est que 10 jours après que l'enfant, couvert de pemphigus, entre avec sa mère dans le service du professeur Gaucher.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 31 octobre 1907.)

Observation 82. — Femme Ga., 23 ans, couturière, I pare.

Syphilis datant de 10 ans et non traitée.

Féminin, 1950^g. Placenta, 570^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

L'enfant présente du pemphigus plantaire et palmaire au moment de sa naissance.

Le traitement est institué. La courbe d'accroissement est franchement mauvaise. (Poids, 1650^g, 12 jours après la naissance.)

Réaction de Porgès (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 14 novembre 1908.)

Observation 83. — Femme Le., 26 ans, cuisinière, V pare.

Première grossesse à terme il y a 7 ans, avec enfant mort-né.

Deuxième grossesse à terme il y a 4 ans, avortement de 4 mois.

Troisième grossesse à terme il y a 3 ans, enfant vivant, mort à 2 mois de méningite.

Entrée 1 mois avant la fin de la grossesse dans le service de M. le Dr Balzer, à l'hôpital Saint-Louis, avec des syphilides pigmentaires sur les bras et les jambes.

Traitement : pilules pendant tout le mois.

Masculin, 3250^g. Placenta, 520^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant ne présente aucune lésion suspecte, mais fait une hémorragie ombilicale 5 jours après sa naissance. Le traitement est institué. La courbe d'accroissement est mauvaise.

Séro-réaction de Porgès (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 décembre 1908.)

Observation 84. — Femme Pons., 34 ans, IX pare.

Huit grossesses antérieures, dont six à terme avec enfants vivants et deux avortements.

Toutes les grossesses sont du même père.

Ignore la date d'apparition du chancre syphilitique.

Présente à son entrée dans le service un collier de Vénus manifeste.

Aucun traitement.

Masculin, 3100^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Hydramnios : on recueille 1450^g de liquide.

L'enfant présente du pemphigus le septième jour après sa naissance. Traitement.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 2 mai 1908.)

5° ENFANTS VIVANTS N'AYANT PAS PRÉSENTÉ D'ACCIDENTS
SYPHILITIQUES.

Observation 85. — Femme Ge., 33 ans, V pare.

Syphilis conjugale datant de 12 ans environ.

Première grossesse il y a 11 ans, avec enfant prématuré mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 12 jours.

Deuxième grossesse il y a 9 ans; traitement ioduré pendant toute la grossesse. Enfant à terme et vivant.

Troisième grossesse il y a 7 ans; aucun traitement pendant la grossesse; enfant à terme, mort 2 jours après la naissance.

Quatrième grossesse il y a 5 ans; traitement : iodure de potassium à la dose de 1^g par jour avec 10 jours de repos par mois. Enfant à terme vivant.

Masculin, 3030^g. Placenta, 510^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Traitement ioduré pendant toute la grossesse.

L'enfant vivant ne présente rien de suspect; quitte le service le 11 juin 1908 en bon état.

La courbe d'accroissement est bonne.

Réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 29 mai 1908.)

Observation 86. — Femme Pet., 23 ans, III pare.

Chancre syphilitique il y a 5 ans.

Traitement régulier depuis cette époque par des injections d'huile grise. A eu deux grossesses antérieures à terme avec enfants vivants.

Féminin, 3100^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant sain; sort en bon état le 4 mars 1908.

Placenta : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 22 février 1908.)

Observation 87. — Femme Pu., 29 ans, lingère, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant, mort à 8 mois de méningite.

Syphilis conjugale.

Au deuxième mois de la grossesse actuelle, chancre syphilitique vulvaire. Traitement immédiat et régulier avec des pilules et quatre piqûres d'huile grise pendant le dernier mois de la gestation.

Masculin, 3080^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant sain dont la courbe d'accroissement ne révèle rien d'anormal.

Séro-réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 juin 1908.)

Observation 88. — Femme Rou., 23 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant mort à 8 mois de diarrhée.

Syphilis datant de 5 ans traitée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Gailliard.

Aucun traitement pendant la grossesse actuelle (grossesse gémellaire) à terme :

1° Féminin, 2500^g. Présentation du siège.

2° Masculin, 2700^g. Présentation de l'épaule.

Placenta, 900^g.

Les deux enfants sont sains et leur courbe d'accroissement ne révèle rien d'anormal.

Placenta : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 novembre 1907.)

Observation 89. — Femme Roy., 24 ans, I pare.

Chancre syphilitique il y a 2 ans. Traitée pendant 15 jours à l'hôpital Saint-Louis (salle Alibert) avec des pilules.

Aucun traitement depuis cette époque.

A son entrée à la Maternité, cette femme présente sur la face interne des cuisses et sur la face externe de la jambe droite des syphilides tuberculo-ulcéreuses en voie de guérison avec cicatrice atrophiante.

L'aspect cyclique est très net.

Masculin, 3100^g. Placenta, 770^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant vivant présente une courbe d'accroissement normale.

Placenta : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 25 novembre 1907.)

Observation 90. — Femme Sam., 23 ans, I pare.

Début de la syphilis il y a 2 ans par un chancre qui n'a pas été traité.

A son entrée à la Maternité, on trouve des syphilides pigmentaires sur les cuisses et les bras.

Féminin, 3500^g. Placenta, 620^g.

Présentation du siège. Grossesse à terme.

L'enfant vivant, sain d'apparence, présente une courbe d'accroissement normale.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 31 décembre 1907.)

Observation 91. — Femme Wa., 25 ans, V pare.

Syphilis conjugale. Le mari syphilitique était déjà traité. Début de la syphilis il y a 6 ans et demi. Traitée régulièrement depuis cette époque.

Le traitement a commencé après la deuxième grossesse.

Première grossesse, avortement de 3 mois et demi.

Deuxième grossesse, à terme, enfant mort-né. (Accouchement dans le service de M. le Dr Lepage.)

Troisième et quatrième grossesses à terme, avec enfants vivants.

Masculin, 3370^g. Placenta, 510^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant est sain et la courbe d'accroissement ne révèle rien d'anormal.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 21 mai 1908.)

Observation 92. — Femme Bou., 31 ans, employée de commerce, III pare.

Deux grossesses antérieures d'une première union, terminées toutes deux par un avortement de 5 à 6 semaines.

Chancre syphilitique, roséole, il y a 6 ans.

Traitement dès le début, par des pilules, pendant 3 mois seulement.

Au quatrième mois de la grossesse actuelle et pendant 3 mois reçoit six piqûres d'huile grise.

Masculin, 3100^g. Placenta, 400^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

L'enfant est sain et la courbe d'accroissement ne révèle rien d'anormal.

Séro-réaction Porgès (sang du cordon), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 5 mai 1909.)

FEMMES SUSPECTES.

1^o AVORTEMENTS.

Observation 100. — Femme Ja., 23 ans, I pare.

L'examen de cette femme montre :

1^o Sur la face externe de la cuisse droite une cicatrice circu-

laire, blanche, brillante, sans brides ni adhérences aux plans profonds et dont la dimension est celle d'une paume de main ;

2° Sur la face antérieure de la cuisse gauche, cicatrice ayant les mêmes caractères, d'aspect serpigineux, mais moitié moins grande que la précédente.

Avortement de 2 mois.

OEuf complet, 30^g.

Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 décembre 1907.)

Observation 101. — Femme Pi., 22 ans, modèle, V pare.

Quatre grossesses antérieures d'un premier père.

Première grossesse il y a 4 ans ; accouchement prématuré, à 6 mois, d'un enfant mort peu après la naissance.

Deuxième grossesse il y a 3 ans ; enfant à terme vivant.

Troisième grossesse il y a 2 ans ; avortement de 6 semaines.

Quatrième grossesse il y a 1 an ; avortement de 3 mois.

Avortement de 2 mois et quart.

OEuf complet, 50^g. Embryon, 10^g.

Pas vu de tréponèmes.

Réaction de Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 27 octobre 1908.)

2° ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS.

Observation 102. — Femme An., 24 ans, fleuriste, I pare.

Adénopathie inguinale suspecte.

Féminin, 900^g. Placenta, 320^g.

Présentation de siège (mode des fesses). Grossesse de 7 mois.

Mouvement du fœtus disparu depuis 3 semaines.

Foie du fœtus, 30^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 16 février 1908.)

Observation 103. — Femme Ba., 18 ans, I pare.

Syphilide pigmentaire du cou très douteuse.

Féminin, 400^g. Placenta, 230^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 5 mois et demi.

Foie du fœtus, 25^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 avril 1908.)

Observation 104. — Femme Be., 21 ans, domestique, I pare.
Syphilide pigmentaire du cou douteuse.

Féminin, 1570^g. Placenta, 340^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 40^g. Très rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 février 1908.)

Observation 105. — Femme Bi., 22 ans, IV pare.

Trois grossesses antérieures terminées :

La première, par un avortement à 2 mois et demi ;

La deuxième, par un accouchement prématuré à 7 mois d'un mort-né ;

La troisième, par un accouchement à 7 mois et demi d'un mort-né.

Syphilide pigmentaire du cou douteuse.

Féminin, 1200^g. Placenta, 300^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 novembre 1907.)

Observation 106. — Femme Bo., 23 ans, II pare.

Une grossesse antérieure d'un premier père, avec enfant vivant à terme.

Lésions osseuses du médus et du métacarpien de la main gauche. La radiographie montre simplement un ralentissement dans le développement de ces deux os.

Masculin, 1250^g. Placenta, 500^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie du fœtus, 70^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 novembre 1907.)

Observation 107. — Femme De., 26 ans, journalière, VII pare.

A eu d'une première union quatre grossesses à terme avec enfants vivants.

A eu d'une seconde union :

1^o Un prématuré à 7 mois et demi, mort quelques heures après l'accouchement ;

2° Un prématuré à 8 mois, mort pendant le travail.
Syphilide pigmentaire du cou douteuse.
Masculin, 3050^g. Placenta, 1100^g.
Présentation du sommet. Grossesse à terme.
Mouvements du fœtus disparus depuis 2 jours.
Foie du fœtus, 100^g. Tréponèmes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 22 février 1908.)

Observation 108. — Femme Di., 28 ans, II pare.
Une grossesse antérieure avec enfant à terme, vivant.
Plaques fauchées sur la langue, douteuses.
Féminin, 2220^g. Placenta, 620^g.
Présentation du sommet. Grossesse à terme.
Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.
Foie du fœtus, 80^g. Pas vu de tréponèmes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*.)

Observation 109. — Femme Fr., 24 ans, couturière, III pare.
Deux grossesses antérieures :
La première, il y a 5 ans, avec enfant à terme, mort et macéré ;
La seconde, il y a 3 ans, avec enfant prématuré à 8 mois, mort
et macéré.

L'examen des parties génitales montre des cicatrices suspectes, blanchâtres, circulaires, sur la face interne des deux grandes lèvres.

Masculin, 1320^g. Placenta, 620^g.
Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.
Foie du fœtus, 40^g. Nombreux tréponèmes.
(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 20 mars 1908.)

Observation 110. — Femme Jo., 28 ans, mécanicienne, III pare.
Première grossesse il y a 5 ans ; accouchement prématuré à
7 mois d'un enfant mort-né.

Seconde grossesse il y a 3 ans ; accouchement à terme d'un
enfant mort 6 semaines après la naissance.

Ces deux grossesses sont d'un premier père ; la grossesse actuelle
est d'un second père.

Féminin, 1420^g. Placenta, 400^g.
Présentation de la face. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 6 jours.

Foie du fœtus, 65^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 25 avril 1909.*)

Observation 111. — Femme Le., 23 ans, mécanicienne, II pare.

Une grossesse antérieure, il y a 20 mois, avec enfant prématuré né à 8 mois, mort 15 jours après sa naissance et ayant présenté des hémorragies ombilicales.

Féminin, 1650^g. Placenta, 600^g.

Hydramnios. Présence du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus, 75^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 24 août 1908.*)

Observation 112. — Femme Leq., 22 ans, couturière, I pare.

Syphilide pigmentaire du cou douteuse.

A perdu du sang depuis le quatrième mois de la grossesse.

Masculin, 2530^g. Placenta, 570^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie du fœtus, 110^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis.*)

Observation 113. — Femme Li., 34 ans, ménagère, IV pare.

Trois accouchements antérieurs :

Le premier avec prématuré de 7 mois, mort 14 jours après sa naissance;

Le deuxième avec prématuré de 7 mois, mort et macéré, dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 1 mois.

Le troisième avec prématuré de 8 mois, mort et macéré, dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 15 jours.

Féminin, 2220^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 90^g. Très nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 25 octobre 1908.*)

Observation 114. — Femme Ma., 19 ans, employée, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 2 ans, terminée par un avortement de 4 mois.

Les deux grossesses sont d'un même père; ce dernier syphilitique, traité depuis 2 mois.

Féminin, 1700^g. Placenta, 420^g.

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 35^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 4 mars 1909.*)

Observation 115. — Femme Pe., 28 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 4 ans, avec enfant vivant à terme.

Syphilide pigmentaire du cou douteuse.

Féminin, 2980^g. Placenta, 620^g.

Présentation du sommet, grossesse de 8 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie du fœtus, 90^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 26 novembre 1908.*)

Observation 116. — Femme Pi., 22 ans, lingère, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 18 mois, avec prématuré à 8 mois, mort quelques minutes après sa naissance.

Aurait eu, il y a 3 ans, des végétations vulvaires, traitées en ville par des cautérisations.

Masculin, 1300^g. Placenta, 470^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie du fœtus, 57^g. Tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 13 décembre 1908.*)

Observation 117. — Femme Pr., 20 ans, III pare.

Deux accouchements antérieurs à terme avec enfants vivants.

Sur la lèvre inférieure, plaque indurée (dimension : pièce de 0^{fr}, 20), recouverte de squames blanchâtres et épaisses.

Féminin, 580^g. Placenta, 230^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 5 mois et demi.

Foie du fœtus, 30^g. Pas de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 novembre 1907.)

Observation 118. — Femme Ts., 26 ans, VI pare.

Cinq grossesses antérieures :

Première grossesse à terme, enfant mort à 3 mois de broncho-pneumonie ;

Deuxième grossesse à terme, enfant mort à 8 mois ;

Troisième grossesse à terme, enfant mort à 6 semaines ;

Quatrième grossesse à terme, enfant mort à 17 mois ;

Cinquième grossesse à terme, enfant mort à 2 mois.

Masculin, 1500^g. Placenta, 350^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Foie du fœtus, 45^g. Très rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 6 août 1908.)

Observation 119. — Femme Y., 23 ans, couturière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 2 ans, terminée par un avortement de 4 mois.

Masculin, 2930^g. Placenta, 850^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Foie du fœtus, 160^g. Pas vu de tréponèmes.

Séro-réaction de Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 16 octobre 1908.)

3° ENFANTS VIVANTS, MORTS PEU APRÈS LA NAISSANCE.

Observation 125. — Femme Au., 23 ans, blanchisseuse, III pare.

Deux grossesses antérieures :

La première avec prématuré à 6 mois, mort-né ;

La seconde avec enfant à terme, mort le cinquième jour après sa naissance.

Masculin, 1020^g. Placenta, 180^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Enfant mort après quelques inspirations.

Foie du fœtus : pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 25 septembre 1908.)

Observation 126. — Femme Ba., 26 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant, mort le cinquième jour après la naissance.

Les deux grossesses sont du même père.

Masculin, 2300^g. Placenta, 500^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant ayant présenté de l'hydrocéphalie, mort le onzième jour après la naissance.

Traitement mercuriel : frictions et piqûres de biiodure.

Foie du fœtus : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis.*)

Observation 127. — Femme De., 22 ans, I pare.

Masculin, 2100^g. Placenta, 750^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

L'enfant est chétif, le teint est terreux; la mort survient 10 jours après la naissance.

Placenta : pas vu de tréponèmes.

Foie du fœtus, 135^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 18 février 1908.*)

Observation 128. — Femme Di., 22 ans, II pare.

Une grossesse antérieure, avec accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort 6 jours après sa naissance.

Masculin, 2120^g. Placenta, 520^g.

Hydramnios. Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant mort après quelques inspirations.

Foie du fœtus : tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 24 juillet 1908.*)

Observation 129. — Femme Lab., 28 ans, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 7 ans, avec enfant vivant à terme.

Masculin, 1680^g. Placenta, 370^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Enfant présentant une teinte ictérique des téguments.

L'état général est mauvais, et la mort survient 8 jours après la naissance.

Foie du fœtus, 60^g. Pas vu de tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 29 novembre 1907.*)

Observation 130. — Femme Lep., 28 ans, nettoyeuse en chaussures, V pare.

Une première grossesse il y a 9 ans avec enfant à terme, mort à 18 mois de broncho-pneumonie.

Les autres grossesses sont d'un autre père.

Deuxième grossesse il y a 7 ans; enfant prématuré à 7 mois, mort quelques heures après sa naissance.

Troisième grossesse il y a 3 ans; prématuré à 7 mois, mort quelques heures après sa naissance.

Quatrième grossesse il y a 2 ans; prématuré à 8 mois et demi, mort quelques heures après sa naissance.

Masculin, 1600^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort après quelques inspirations.

Foie du fœtus, 140^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 20 juin 1908.*)

Observation 131. — Femme Ler., 24 ans, blanchisseuse, IV pare.

Première grossesse il y a 9 ans, avec enfant vivant à terme.

Deuxième grossesse il y a 1 an et demi; accouchement prématuré à 6 mois et demi d'un enfant mort et macéré, dont les mouvements avaient disparu depuis 15 jours.

Troisième grossesse il y a 1 an, terminée par un avortement de 3 mois.

La première grossesse est d'un père différent.

La deuxième, la troisième et la grossesse actuelle sont d'un second père.

Féminin, 2650^g. Placenta, 520^g.

Hydramnios. Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

L'enfant présente à la naissance une éruption confluente de pemphigus plantaire et palmaire.

Séro-réaction de Porgès (sang du cordon), résultat positif.

Mort le sixième jour.

Foie du fœtus, 135^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité.*)

Observation 132. — Femme Lev., 23 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme avec enfant vivant très bien portant.

Les deux grossesses sont du même père.

Masculin (?). Placenta (?).

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

L'enfant présente une anomalie de la main droite, une absence partielle du tibia gauche; absence d'anus.

Opération par M. le Dr Lenormant, qui pratique un anus iliaque.

Mort de l'enfant 48 heures après l'opération.

Foie, 110^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 décembre 1907.)

Observation 133. — Femme Sul., 17 ans, II pare.

Une grossesse antérieure terminée par un avortement à 5 mois et demi.

Masculin, 1300^g. Placenta, 750^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Hydramnios.

L'enfant présente à sa naissance du pemphigus plantaire et palmaire, et meurt après quelques inspirations.

A l'autopsie, pneumonie blanche, foie silex, pancréas scléreux et hypertrophié.

Foie du fœtus, 112^g. Nombreux tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 janvier 1908.)

Observation 134. — Femme X., 22 ans, domestique, I pare.

Femme présentant à son entrée dans le service une éruption suspecte.

M. le Dr Milian porte le diagnostic d'érythème polymorphe.

Féminin, 3500^g. Placenta, 530^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant meurt subitement le quatorzième jour après sa naissance; ayant perdu chaque jour de son poids primitif, ne pèse le jour de la mort que 3040^g.

Foie, 232^g. Rares tréponèmes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 23 mars 1909.)

4° ENFANTS VIVANTS.

Observation 136. — Femme Ab., 28 ans, domestique, IV pare.

Première grossesse il y a 5 ans; accouchement à 5 mois d'un enfant mort et macéré.

Deuxième grossesse il y a 4 ans; accouchement à 8 mois et demi d'un enfant vivant, bien portant.

Troisième grossesse il y a 3 ans; accouchement à 5 mois d'un enfant mort et macéré.

Toutes les grossesses sont d'un même père.

Féminin, 2880^g. Placenta, 580^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Enfant vivant, ne présente aucune lésion suspecte.

Séro-diagnostic (Porgès) du sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 25 octobre 1908.)

Observation 137. — Femme Bo., 19 ans, journalière, I pare.

Femme ayant présenté une éruption suspecte 3 mois avant le début de la grossesse.

Masculin, 3800^g. Placenta, 760^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant ne présente aucune lésion à la naissance.

La courbe d'accroissement est normale.

Séro-diagnostic (Wassermann) du sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 juin 1908.)

Observation 138. — Femme Des., 30 ans, ménagère, III pare.

Première grossesse il y a 2 ans, terminée par un avortement à 4 mois.

Deuxième grossesse il y a 1 an; accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant vivant, mort 24 heures après la naissance.

Les trois grossesses sont d'un même père.

Féminin, 3700^g. Placenta, 610^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

L'enfant ne présente aucune lésion à la naissance.

La courbe d'accroissement est normale.

Séro-diagnostic (Porgès) du sang du cordon, négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 23 mars 1909.*)

Observation 139. — Femme Ilé., 27 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 2 ans et demi; accouchement à terme d'un enfant mort et macéré.

Les deux grossesses sont d'un même père.

Cette femme présente une pigmentation suspecte du cou.

Féminin, 3050^g. Placenta, 780^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant vivant, ne présente rien d'anormal.

Séro-diagnostic (Porgès) du sang du cordon, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité.*)

Observation 140. — Femme La., 24 ans, chapelière, IV pare.

Première grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

Deuxième grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 2 ans de broncho-pneumonie.

Troisième grossesse, avortement de 3 mois.

Toutes les grossesses sont d'un même père.

Cette femme présente la dent d'Hutchinson.

Masculin, 2000^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant vivant avec bec-de-lièvre.

Séro-réaction (Wassermann) du sang de la mère, résultat douteux.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 24 mai 1908.*)

Observation 141. — Femme Lé., 25 ans, IV pare.

Première grossesse il y a 5 ans; accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Deuxième grossesse il y a 3 ans; accouchement à terme d'un enfant vivant, mort de diarrhée.

Troisième grossesse il y a 1 an; accouchement à terme d'un enfant vivant, mort de convulsions.

Toutes les grossesses sont du même père.

Féminin, 4100^g. Placenta, 720^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Séro-réaction (Wassermann) du sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 29 mai 1908).

Observation 142. — Femme Ob., 18 ans, journalière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 2 ans; accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Les deux grossesses sont du même père.

Féminin, 1900^g. Placenta, 570^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois environ.

Enfant vivant, débile.

Séro-réaction (Porgès) : sang de la mère, résultat négatif; sang du cordon, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 12 décembre 1908.)

Observation 143. — Femme Pé., 19 ans, I pare.

Chez cette femme, présomption de syphilis.

On rencontre sur la vulve : 1^o des plaques rouges desquamées, irrégulières, non surélevées; 2^o une petite plaque nacrée.

Masculin, 3570^g. Placenta, 750^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant vivant, normal, paraît sain.

Pas vu de spirochètes dans le placenta.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 16 décembre 1907.)

Observation 144. — Femme Pi., 20 ans, domestique, I par.

Cette femme aurait eu à l'âge de 15 ans un petit bouton aux parties génitales, traité localement comme chancre syphilitique.

N'a jamais suivi d'autre traitement, et pas eu d'accidents.

Féminin, 1840^g. Placenta, 570^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois trois quarts.

Pas vu de spirochètes dans le placenta.

Enfant vivant, rien d'anormal.

Séro-réaction (Porgès) du sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 3 novembre 1908.)

Observation 145. — Femme Pio., 22 ans, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 1 an, avec accouchement pré-

maturé à 7 mois d'un enfant mort le cinquième jour après la naissance.

Les deux grossesses sont du même père.

Cette femme avait à cette époque des végétations vulvaires (?).

Masculin, 2950^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant vivant, absolument sain à la naissance.

Courbe d'accroissement normale.

Pas vu de spirochètes dans le placenta.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 22 décembre 1907.)

Observation 146. — Femme Wa., 28 ans, femme de chambre, I pare.

Masculin, 3320^g. Placenta, 680^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant vivant; courbe d'accroissement normale.

Séro-réaction (Wassermann) du sang de la mère, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 juin 1908.)

Observation 147. — Femme Y., 19 ans, I pare.

Masculin, 3750^g. Placenta, 750^g.

Présentation du sommet. Grossesse à terme.

Enfant vivant; courbe d'accroissement normale.

Séro-réaction de Wassermann (sang de la mère), résultat douteux.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 juin 1908.)

Observation 148. — Femme Arn., 26 ans, ménagère, III pare.

Deux grossesses antérieures. La première terminée, il y a 4 ans, par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 5 mois de méningite. La seconde s'est terminée, il y a 13 mois, par l'accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort 12 jours après la naissance.

Féminin, 3670^g. Placenta, 830^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Enfant vivant; courbe d'accroissement normale.

Séro-réaction de Porgès (sang du cordon), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 5 mai 1909.)

FEMMES SAINES.

1^o AVORTEMENTS.

Observation 150. — Femme Ber., 21 ans, I pare.

Avortement de 4 mois et demi. Fœtus, 250^g; placenta, 200^g.

Foie du fœtus, 17^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 3 décembre 1907.)

Observation 151. — Femme Bes., 21 ans, I pare.

Avortement de 4 mois un quart. Fœtus, 320^g; placenta, 170^g.

Foie du fœtus, 17^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 3 décembre 1907.)

Observation 152. — Femme Dal., 21 ans, employée de commerce, II pare.

Une grossesse antérieure du même père, terminée il y a 11 mois.

Accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 7 mois de méningite.

Avortement de 5 mois et quart. Fœtus, 670^g; placenta, 270^g.

Foie du fœtus, 35^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 7 novembre 1908.)

Observation 153. — Femme Far., 16 ans, fleuriste, I pare.

Avortement de 2 mois.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 décembre 1907.)

Observation 154. — Femme Gaul., 22 ans, I pare.

Avortement de 2 mois.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*.)

Observation 155. — Femme Gon., 26 ans, I pare.

Avortement de 4 mois. Fœtus, 130^g; placenta, 120^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 novembre 1907.)

Observation 156. — Femme Mag., 20 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant.

Avortement de 3 mois trois quarts. OEuf complet, 430^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 25 novembre 1907.)

Observation 157. — Femme Pia., 35 ans, VIII pare.

Sept grossesses antérieures, les quatre premières à terme et trois avortements. Des quatre enfants, trois sont morts : le premier à 9 ans, de néphrite ; le deuxième à 9 mois, de méningite ; le troisième à 2 mois, de la coqueluche.

Avortement de 4 mois. OEuf complet, 550^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 février 1908.)

Observation 158. — Femme Pon., 36 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures, la première à terme avec enfant vivant, la seconde à 7 mois avec enfant vivant.

Avortement de 3 mois. Fœtus, 150^g ; placenta, 170^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 décembre 1907.)

Observation 159. — Femme Pru., 22 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure, accouchement à 7 mois d'un enfant mort le troisième jour.

Avortement de 5 mois et demi. Grossesse gémellaire.

Premier fœtus, 610^g ; deuxième fœtus, 770^g. Placenta, 600^g.

Foies des fœtus, 32^g et 34^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 octobre 1908.)

Observation 160. — Femme Pur., 25 ans, cartonnrière, IV pare.

Trois grossesses antérieures, les deux premières à terme avec enfants vivants, la troisième terminée par un avortement de 5 mois.

Avortement de 4 à 5 semaines. Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 décembre 1907.)

Observation 161. — Femme Qua., 25 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures, terminées toutes deux par un avortement de 3 mois.

Avortement de 4 mois et demi. Fœtus, 250^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 janvier 1908.)

Observation 162. — Femme Trach., 23 ans, I pare.

Avortement de 3 mois. Fœtus, 120^g. Placenta, 150^g.

Pas vu de spirochètes dans le foie.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 décembre 1907.)

2° ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS.

Observation 163. — Femme Ag., 42 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme avec enfant vivant.

Femme ayant eu de la métrite et de la vaginite intense pendant la grossesse actuelle.

Masculin, 1800^g. Placenta, 180^g.

Présentation de la face. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis trois semaines.

L'enfant macéré présente un bec-de-lièvre et une hernie ombilicale.

Foie, 75^g. Pas de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 mai 1908.)

Observation 166. — Femme Au., 22 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures, terminées toutes deux par des avortements de 4 mois et demi et 5 mois.

Masculin, 520^g. Placenta, 150^g.

Grossesse de 6 mois. Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 23 novembre 1907.)

Observation 167. — Femme Aur., 26 ans, I pare.

Masculin, 1720^g. Placenta, 350^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 5 jours.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 7 juin 1908.)

Observation 168. — Femme Beau., 23 ans, IV pare.

Trois grossesses antérieures, la première à terme avec enfant mort à 2 mois, les deux autres terminées par des avortements de 5 mois.

Féminin, 1020^g. Placenta, 450^g.

Grossesse de 6 mois. Foie, 112^g; nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 21 juillet 1908.)

Observation 169. — Femme Ber., 31 ans, journalière, II pare.

Une grossesse antérieure d'un autre père, avec enfant vivant bien portant.

Masculin, 1700^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 4 jours.

Foie, 80^g. Assez nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité.*)

Observation 170. — Femme Bil., 36 ans, V pare.

Quatre grossesses antérieures : la première, accouchement à terme d'un enfant vivant; les trois autres grossesses terminées par des avortements de 5 mois, 4 mois et 6 mois. La première grossesse est d'un autre père.

Masculin, 2700^g. Placenta, 750^g.

Grossesse de 8 mois. Foie, 73^g; nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 août 1908.)

Observation 171. — Femme Bor., 31 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première, accouchement à 7 mois et demi d'un enfant mort quelques heures après la naissance; la seconde, accouchement à 8 mois et demi d'un enfant actuellement vivant et bien portant.

Masculin, 1860^g. Placenta, 600^g.

Grossesse de 7 mois. Foie : nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 novembre 1907.)

Observation 172. — Femme Bos., 21 ans, VI pare.

Cinq grossesses antérieures, toutes terminées par des accouchements prématurés (deux à 6 mois et trois à 8 mois) d'enfants mort-nés.

Féminin, 1950^g. Placenta, 800^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Foie : nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 juillet 1908.)

Observation 173. — Femme Bouf., 35 ans, IV pare.

Trois grossesses antérieures à terme, avec enfants vivants; deux sont morts de diarrhée.

Masculin, 1350^g. Placenta, 325^g.

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 1 mois.

Foie : assez nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 7 juillet 1908.)

Observation 174. — Femme Bour., 22 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant, mort à 5 mois de méningite.

Masculin, 1730^g. Placenta, 570^g.

Grossesse de 6 mois et demi.

Foie, 65^g. Peu nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 janvier 1908.)

Observation 175. — Femme Brac., 33 ans, ménagère, IV pare.

Trois grossesses antérieures, toutes d'un même père :

La première, accouchement à terme d'un enfant vivant ;

La seconde, accouchement prématuré d'un enfant mort-né ;

La troisième, accouchement à terme d'un enfant mort après 23 jours.

Urines albumineuses.

Masculin, 2510^g. Placenta, 330^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 12 jours.

Foie, 40^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 21 mai 1908.)

Observation 176. — Femme Bud., 29 ans, II pare.

Il y a 10 ans, avortement de 3 mois.

Masculin 1160^g. Placenta, 120^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 12 décembre 1907.)

Observation 177. — Femme Cal., 32 ans, IX pare.

Huit grossesses antérieures, dont six accouchements à terme avec enfants vivants; quatre sont morts en bas-âge de méningite et deux avortements de 4 mois.

Masculin, 1520^g. Placenta, 400^g.

Grossesse de 7 mois et demi. Foie, 60^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 12 novembre 1907.)

Observation 178. — Femme Carl., 23 ans, plumassière, I pare.

Masculin, 2700^g. Placenta, 550^g.

Grossesse de 8 mois et demi. Présentation du sommet.

Foie, 65^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 janvier 1908.)

Observation 179. — Femme Car., 21 ans, I pare.

Masculin, 1020^g. Placenta, 300^g.

Grossesse de 6 mois et demi.

Foie, 33^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 novembre 1907.)

Observation 180. — Femme Ches., 23 ans.

Féminin, 2800^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Hydramnios. Grossesse de 8 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 10 jours.

Foie, 100^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 7 février 1908.)

Observation 181. — Femme Cons., 24 ans, V pare.

Quatre grossesses antérieures : un avortement de 4 mois il y a 6 ans, un accouchement à terme avec enfant vivant il y a 4 ans, un accouchement à terme d'un mort-né il y a 2 ans, un avortement de 6 semaines il y a 1 an.

Féminin, 3300^g. Placenta, 620^g.

Fœtus : hydrocéphalie légère. Grossesse de 9 mois.

Foie, 62^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 novembre 1907.)

Observation 182. — Femme Consil., 20 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 3 ans, accouchement à 7 mois d'un enfant mort après 6 semaines.

Masculin, 620^g. Placenta, 150^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 16 jours.

Foie, 32^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 novembre 1907.)

Observation 183. — Femme Cot., 23 ans, II pare.

Accouchée pour la première fois, en février 1907, d'un enfant mort et macéré.

Masculin, 3380^g. Placenta, 770^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Foie, 126^g. Rares spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 février 1908.)

Observation 184. — Femme Dan., 22 ans, artiste lyrique, II pare.

Les deux grossesses sont de pères différents. Première grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort à 8 mois.

Masculin, 1520^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie, 55^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 décembre 1907.)

Observation 185. — Femme Dar., 25 ans, fille publique, II pare.

Une grossesse antérieure avec accouchement à 8 mois d'un enfant macéré.

Féminin, 760^g. Placenta, 280^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois trois quarts.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie : très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 3 mars 1908.)

Observation 186. — Femme Dau., 40 ans, cuisinière, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, il y a 19 ans, avec enfant vivant.

Accouchement à l'Hôtel-Dieu d'un enfant mort et macéré de 8 mois dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 1 mois.

L'enfant n'a pas été apporté à la Maternité de la Charité.

Placenta, 350^g. Pas vu de spirochètes.

Séro-réaction Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 15 décembre 1908.)

Observation 187. — Femme Dem., 24 ans, domestique, II pare.

Il y a 2 ans, accouchement à terme d'un enfant mort à 3 mois de broncho-pneumonie.

Fémminin, 1050^g. Placenta, 320^g.

Grossesse de 6 mois et demi. Présentation du siège.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie, 45^g. Pas vu de spirochètes.

Séro-réaction Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 1^{er} novembre 1908.)

Observation 188. — Femme Den., 19 ans, domestique, I pare.

Masculin, 1400^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant macéré mort après quelques inspirations.

Foie 110^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 août 1908.)

Observation 189. — Femme Dour., 39 ans, V pare.

Quatre grossesses antérieures à terme, avec enfants vivants et bien portants. La grossesse actuelle est d'un autre père.

Masculin, 1500^g. Placenta, 350^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie, 55^g. Assez nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 décembre 1907.)

Observation 190. — Femme Dru., 26 ans, V pare.

Quatre grossesses antérieures, terminées par des accouchements prématurés de 6 mois, 7 mois, 8 mois et 7 mois.

Urines très albumineuses.

Féminin, 650^g. Placenta, 160^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 29 juillet 1908.)

Observation 191. — Femme Duf., 27 ans, I pare.

Féminin, 2850^g. Placenta, 500^g.

Grossesse de 9 mois.

Foie, 125^g : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 11 mars 1908.)

Observation 192. — Femme Etié., 23 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures, accouchements prématurés à 6 mois d'enfants macérés.

Masculin, 1850^g. Placenta, 450^g.

Présentation de l'épaule. Grossesse de 7 mois.

Foie : nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 août 1908.)

Observation 193. — Femme Fey., 25 ans, plumassière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 5 ans; accouchement à terme d'un enfant mort à 10 mois de convulsions.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Masculin, 850^g. Placenta, 350^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie, 58^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 décembre 1908.)

Observation 194. — Femme Fleu., 36 ans, VI pare.

Cinq grossesses antérieures; les quatre premières étant d'une première union.

Première grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort à 5 mois.

Deuxième grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort à 3 mois.

Troisième grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort à 1 mois.

Quatrième grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Cinquième grossesse, accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort-né.

Féminin, 1650^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie, 75^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 27 juillet 1908.)

Observation 195. — Femme Gar., 37 ans, journalière, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 8 ans; accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant. La grossesse actuelle est d'un autre père.

Masculin, 1820^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie, 90^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 22 juin 1908.)

Observation 196. — Femme Gav., 32 ans, ménagère, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 5 ans; accouchement à terme d'un enfant mort du croup à 6 mois. La grossesse actuelle est d'un autre père.

Masculin, 2980^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Hydramnios. Foie, 182^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 12 mai 1909.)

Observation 197. — Femme Gir., 35 ans, journalière, VI pare.

Cinq grossesses antérieures : la première il y a 11 ans, accouchement à terme d'un enfant mort quelques heures après la naissance; la deuxième terminée par un avortement de 6 mois; la troisième et la quatrième, accouchements à terme d'enfants vivants morts de diarrhée; la cinquième il y a 4 ans et demi, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Masculin, 3120^g. Placenta, 660^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Foie, 132^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 1^{er} février 1908.*)

Observation 198. — Femme Gras., 18 ans, domestique, I pare.

Masculin, 1050^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 3 jours.

Foie, 30^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 16 novembre 1908.*)

Observation 199. — Femme Guil., 28 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures à terme, avec enfants vivants.

Féminin, 1380^g. Placenta, 270^g.

Présentation du siège. Grossesse de 9 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 1 mois et demi.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 22 janvier 1908.*)

Observation 200. — Femme Hen., 20 ans, I pare.

Masculin, 520^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 5 mois et demi.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 22 juillet 1908.*)

Observation 201. — Femme Hers., 26 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme avec enfant vivant, bien portant.

Masculin, 720^g. Placenta, 270^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis, 15 avril 1908.*)

Observation 202. — Femme Lai., 25 ans, V pare.

Quatre grossesses antérieures à terme avec enfants vivants ; les deux derniers se sont présentés par le siège et sont morts l'un après 7 jours, l'autre après 2 mois.

Masculin, 750^g. Placenta, 350^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Foie, 40^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 janvier 1908.)

Observation 203. — Femme Lef., 21 ans, domestique, I pare.

Féminin, 1020^g. Placenta, 220^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 12 jours.

Foie, 40^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 mars 1908.)

Observation 204. — Femme Leg., 23 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première il y a 2 ans, terminée par un avortement de 2 mois ; la seconde, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Féminin, 650^g. Placenta, 170^g.

Grossesse de 6 mois et demi.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*.)

Observation 205. — Femme Lem., 34 ans, VIII pare.

Sept grossesses antérieures, dont les quatre premières à terme, avec enfants vivants et les trois dernières terminées par des avortements.

Féminin, 1830^g. Placenta, 700^g.

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois.

Foie, 89^g. Très nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 janvier 1908.)

Observation 206. — Femme Lema., 21 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée il y a 10 mois par l'accouchement à 7 mois et demi d'un prématuré mort 1 heure et demie après la naissance.

Expulsion d'un œuf complet de 1100^g. Grossesse de 5 mois.

Foie, 30^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 7 novembre 1908.)

Observation 207. — Femme Lep., 26 ans, domestique, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première terminée il y a 3 ans

par un accouchement à terme d'un enfant mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 3 jours; la deuxième terminée il y a 17 mois par un accouchement à 6 mois et demi d'un enfant mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 8 jours.

La première grossesse est d'un père différent des suivantes.

Masculin, 2400^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 4 jours.

Foie, 75^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 août 1908.)

Observation 208. — Femme Ler., 27 ans, femme de chambre, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, terminée il y a 4 ans par l'accouchement d'un enfant mort pendant le travail.

Masculin, 235^g. Placenta, 150^g.

Grossesse de 4 mois. Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 27 janvier 1908.)

Observation 209. — Femme Mal., 24 ans, I pare.

Féminin, 1320^g. Placenta, 420^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie : assez nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 26 août 1908.)

Observation 210. — Femme Max., 24 ans, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée par l'accouchement à 8 mois et demi d'un enfant vivant.

Albuminurie légère.

Féminin, 1650^g. Placenta, 360^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 24 mai 1908.)

Observation 211. — Femme Mon., 18 ans, I pare.

Masculin, 3000^g. Placenta, 320^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 9 août 1908.)

Observation 212. — Femme Mor., 18 ans, I pare.

Féminin, 2050^g. Placenta, 900^g.

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois.

Foie, 90^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 23 avril 1908.)

Observation 213. — Femme Olc., 18 ans, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée par l'accouchement à 7 mois d'un enfant mort et macéré dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 15 jours.

Urines albumineuses.

Féminin, 2350^g. Placenta, 530^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 8 jours.

Foie, 110^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 avril 1908.)

Observation 214. — Femme Pet., 33 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure, avec accouchement prématuré d'un enfant mort 8 jours après la naissance.

Masculin, 840^g. Placenta, 130^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 21 avril 1908.)

Observation 215. — Femme Red., 20 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, accouchement il y a 10 mois d'un enfant vivant.

Masculin, 1370^g. Placenta, 350^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 6 mois et demi.

Mouvements du fœtus disparus depuis 2 jours.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 27 janvier 1908.)

Observation 216. — Femme Ren., 26 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 6 ans ; accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Féminin, 3000^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Foie, 113^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 8 décembre 1907.)

Observation 217. — Femme Rob., 24 ans, I pare.

Fœtus, 30^g. Placenta, 50^g.

Grossesse de 4 mois. Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 6 août 1908.)

Observation 218. — Femme Sac., 27 ans, I pare.

Masculin, 3600^g. Placenta, 800^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Foie, 175^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 4 juin 1908.)

Observation 219. — Femme Sch., 33 ans, VI pare.

Cinq grossesses antérieures, toutes du même père :

La première, accouchement à terme d'un enfant mort à 14 mois de méningite ;

La deuxième, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant ;

La troisième, la quatrième et la cinquième, accouchements à 8 mois, 6 mois et 7 mois d'enfants morts pendant le travail.

Féminin, 1450^g. Placenta, 500^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Foie, 90^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 12 décembre 1907.)

Observation 220. — Femme Sel., 14 ans, fleuriste, I pare.

Féminin, 1550^g. Placenta, 500^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois avec hydramnios.

Foie, 140^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 6 décembre 1907.)

Observation 221. — Femme Tes., 41 ans, ménagère, VII pare.

Six grossesses antérieures :

La première il y a 19 ans; accouchement à terme d'un enfant mort à 11 ans de fièvre typhoïde;

La deuxième il y a 18 ans; accouchement à terme d'un enfant mort à 5 ans de coqueluche;

La troisième il y a 10 ans; accouchement à terme d'un enfant mort à 3 ans de coqueluche;

La quatrième, la cinquième et la sixième il y a respectivement 8 ans, 5 ans et 3 ans; accouchements à terme d'enfants vivants.

Les trois premières grossesses sont d'une première union.

Urines albumineuses.

Masculin, 2480^g. Placenta, 430^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Foie, 20^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 novembre 1908.)

Observation 222. — Femme Ver., 28 ans, III pare.

A eu d'une première union deux grossesses antérieures, terminées par l'accouchement à terme d'enfants vivants, morts le premier après 17 jours, le second après 11 jours.

Féminin avec bec-de-lièvre, 1400^g. Placenta, 420^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois et demi.

Foie, 70^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 2 mars 1908.)

Observation 223. — Femme Vig., 21 ans, I pare.

Avait du strabisme; a été opérée à l'âge de 13 ans.

Masculin, 3520^g. Placenta, 530^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 10 jours.

Foie, 62^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 10 décembre 1907.)

Observation 224. — Femme Vil., 29 ans, ménagère, II pare.

Une grossesse antérieure; accouchement à terme, il y a 3 ans, d'un enfant vivant, bien portant.

Masculin, 1270^g. Placenta, 280^g.

Présentation du siège. Grossesse de 8 mois.

Mouvements du fœtus disparus depuis 15 jours.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 7 septembre 1908.)

3° ENFANTS MORTS PEU APRÈS LA NAISSANCE.

Observation 230. — Femme Ad., 26 ans, cuisinière, I pare.

Masculin, 2950^g. Placenta, 740^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Monstre mort 10 minutes après la naissance, présentant des malformations multiples (absence complète de verge, sept doigts à chaque main, pieds bots avec six orteils, reins polykystiques).

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 6 janvier 1909.)

Observation 231. — Femme Ap.

Enfant prématuré de 7 mois et demi, mort 2 mois après la naissance.

Poids, 2500^g. A présenté des lésions ulcéreuses de la langue et de la voûte du palais, dans lesquelles il n'a pas été trouvé de spirochètes.

Foie, 110^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 18 juin 1908.)

Observation 232. — Femme Bal., 26 ans, ménagère, II pare.

Une grossesse antérieure; accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Masculin, 2050^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Enfant mort 3 jours après la naissance.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 11 juin 1908.)

Observation 233. — Femme Bel., 33 ans, VII pare.

Six grossesses antérieures : les cinq premières avec accouchement à terme, dont quatre enfants vivants et un mort-né.

La sixième grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré de 7 mois d'un enfant mort-né.

Toutes les grossesses sont du même père.

Féminin, 3370^g. Placenta, 850^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Enfant mort subitement le douzième jour après la naissance et ayant eu des épistaxis et une hémorragie ombilicale.

Traitement : huit piqûres de biiodure.

Foie, 1152^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 février 1908.)

Observation 234. — Femme Boul., 27 ans, blanchisseuse, III pare.

Deux grossesses antérieures il y a respectivement 3 ans et 2 ans ; accouchement à terme d'enfants vivants.

Masculin, 4180^g. Placenta, 510^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

A la rupture des membranes, on recueille 2^l,300 de liquide amniotique.

Enfant mort pendant le travail.

Foie : pas vu de spirochètes.

Séro-réaction Porgès (sang de la mère), résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 31 décembre 1908.)

Observation 235. — Femme Brick, 38 ans, ménagère, VIII pare.

Sept grossesses antérieures : la première terminée par un avortement et les six autres terminées il y a 12, 10, 8, 5, 4 et 3 ans par des accouchements à terme, avec enfants vivants dont les deux derniers sont morts à 20 jours et à 6 semaines.

Toutes les grossesses sont d'un même père.

Masculin, 1900^g. Placenta, 510^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant cyanosé et débile, mort 36 heures après la naissance.

Foie, 70^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 29 mars 1909.)

Observation 236. — Femme Chab., 25 ans, IV pare.

Trois grossesses antérieures du même père ; accouchements à terme d'enfants vivants.

Masculin, 1630^g. Placenta, 430^g.

Présentation de l'épaule. Grossesse de 8 mois.

Enfant débile, mort 25 jours après la naissance.

Foie, 77^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 3 décembre 1908.)

Observation 237. — Femme Coul., 22 ans, II pare.

Une grossesse antérieure à terme, avec enfant vivant, bien portant.

Féminin, 2600^g. Placenta, prævia 620^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Enfant mort pendant le travail.

Foie, 130^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 21 février 1908.)

Observation 238. — Femme Cout., 38 ans, battense d'or, IV pare.

Trois grossesses antérieures : la première il y a 16 ans ; éclampsie, accouchement à terme d'un enfant vivant s'étant présenté par le siège et mort après 6 mois.

La deuxième il y a 14 ans ; accouchement prématuré à 6 mois et demi d'un enfant mort et macéré, dont les mouvements n'étaient plus perçus depuis 10 jours et s'étant présenté par le siège.

La troisième il y a 8 ans ; accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant vivant s'étant présenté par le siège et mort après 6 mois.

Masculin, 1670^g. Placenta, 450^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort 24 heures après la naissance.

Foie, 75^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 septembre 1908.)

Observation 239. — Femme Des., 24 ans, III pare.

Deux grossesses antérieures à terme, avec enfants vivants, le dernier mort à 18 mois.

Masculin, 2330^g. Placenta, 450^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Enfant mort pendant le travail (hémorragie rétro-placentaire).

Foie, 80^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 28 décembre 1907.)

Observation 240. — Femme Did., 19 ans, bijoutière, II pare.

Une grossesse antérieure à terme; accouchement il y a 14 mois d'un enfant vivant, bien portant.

Masculin, 1060^g. Placenta, 360^g.

Présentation du siège. Grossesse de 6 mois et demi.

Enfant débile, mort 7 heures après la naissance.

Foie, 47^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 octobre 1908.)

Observation 241. — Femme Dub., 23 ans, domestique, II pare.

Une grossesse antérieure; accouchement à 8 mois, il y a 2 ans, d'un enfant mort 1 mois après la naissance.

Les deux grossesses sont de pères différents.

Masculin, 1950^g. Placenta, 450^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort 2 jours après la naissance.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 octobre 1908.)

Observation 242. — Femme Gail., 25 ans, I pare.

Accouchement chez une sage-femme agréée de l'hôpital Saint-Louis.

La femme vient consulter le 28 février 1908 pour son enfant, âgé de 3 semaines.

Ce dernier a une teinte sub-ictérique de tous les téguments; état général mauvais, foie gros et dur. Type de l'hérédo-syphilitique.

Admission de l'enfant et mort le même jour.

Foie, 175^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 28 février 1908.)

Observation 243. — Femme Gir., 23 ans, cuisinière, II pare.

Une grossesse antérieure, il y a 18 mois, accouchement prématuré d'un enfant de 6 mois et demi, mort à 16 mois de broncho-pneumonie.

Masculin, 1920^g. Placenta, 430^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort 2 heures après la naissance.

Foie, 82^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 18 février 1909.)

Observation 244. — Femme Gues., 26 ans, journalière, II pare.
Une grossesse antérieure il y a 1 an; avortement de 5 mois.
Féminin, 1950^g. Placenta, 450^g.
Présentation du siège décompleté (fesses). Grossesse de 7 mois et demi.
Enfant mort le quatrième jour après la naissance.
Foie, 55^g. Pas vu de spirochètes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 17 décembre 1908.)

Observation 245. — Femme Koh., 19 ans, monteuse en bijoux, I pare.
Féminin, 1430^g. Placenta, 450^g.
Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.
Enfant mort le quatrième jour après la naissance.
Foie, 22^g. Pas vu de spirochètes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 15 avril 1908.)

Observation 246. — Femme Kuhn., 34 ans, VII pare.
Six grossesses antérieures : les trois premières à terme, avec accouchements d'enfants vivants dont l'un est mort à 6 semaines.
Quatrième grossesse terminée par un avortement de 4 mois et demi.
Les deux dernières grossesses à terme, avec accouchements d'enfants vivants dont l'un est mort de diarrhée.
Masculin, 3050^g. Placenta, 470^g.
Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois avec hydramnios.
Enfant mort après quelques inspirations.
Foie, 95^g. Pas vu de spirochètes.
(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 21 juillet 1908.)

Observation 247. — Femme Le Bi., 28 ans, marchande de fleurs, III pare.
Deux grossesses antérieures : la première il y a 8 ans, accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant vivant, bien portant ; la seconde, il y a 4 ans et demi, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.
Masculin, 2150^g. Placenta, 470^g.
Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant mort 7 heures après la naissance.

Foie, 109^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 26 décembre 1908.)

Observation 248. — Femme Legor., 37 ans, couturière, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première terminée par un avortement de 6 semaines, la seconde par un accouchement à terme d'un enfant mort pendant le travail.

Masculin, 1000^g. Placenta, 380^g.

Présentation du siège. Grossesse de 7 mois.

Enfant débile, mort 1 heure après la naissance.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 23 mai 1908.)

Observation 249. — Femme Mal., 29 ans, infirmière, VIII pare.

Sept grossesses antérieures : les six premières terminées par des accouchements à terme, avec enfants vivants dont cinq sont morts peu après la naissance.

La septième grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à 7 mois d'un enfant mort-né.

Masculin, 2470^g. Placenta, 460^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Enfant mort 7 jours après la naissance.

Foie : nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 24 avril 1908.)

Observation 250. — Femme Mio., 34 ans, cuisinière, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première terminée il y a 12 ans par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant ; la seconde grossesse il y a 4 ans, avec accouchement prématuré à 7 mois de deux jumeaux, morts quelques heures après la naissance.

Masculin, 1920^g. Placenta, 680^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois (hydramnios, 2¹).

Enfant mort 10 minutes après la naissance.

Foie, 165^g. Nombreux spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 11 janvier 1909.)

Observation 251. — Femme Pir., 19 ans, domestique, I pare.
Féminin, 2500^g. Placenta, 580^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant mort le troisième jour après la naissance.

Foie, 110^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 13 octobre 1908.)

Observation 252. — Femme Qui., 28 ans, ménagère, VIII pare.

Sept grossesses antérieures :

Premier accouchement il y a 10 ans; enfant à terme, mort à 8 mois de convulsions.

Deuxième accouchement il y a 9 ans; enfant à terme vivant, bien portant.

Troisième accouchement il y a 8 ans; enfant à terme, mort à 4 mois de convulsions.

Quatrième accouchement il y a 7 ans; enfant à terme vivant, bien portant.

Cinquième accouchement il y a 4 ans; enfant à terme vivant, bien portant.

Sixième accouchement il y a 3 ans; enfant à terme, mort à 4 mois et demi.

Septième accouchement il y a 2 ans; enfant prématuré de 7 mois, mort 20 minutes après la naissance.

Féminin, 2960^g. Placenta, 630^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant mort 7 heures après la naissance.

Foie, 210^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 28 novembre 1908.)

Observation 253. — Femme Rox., 19 ans, mécanicienne, I pare.

Masculin, 2120^g. Placenta, 600^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Enfant débile, mort le lendemain de sa naissance.

Foie, 105^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 20 février 1908.)

Observation 254. — Femme Vid., 19 ans, journalière, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée il y a 2 ans par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

Masculin, 2050^g. Placenta (pas pesé).

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Enfant débile, mort 24 heures après la naissance.

Foie, 85^g. Pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 19 octobre 1908.)

Observation 255. — Femme Ver., 24 ans, couturière, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée il y a 1 an par un avortement de 3 mois.

Poids du fœtus et du placenta, 2310^g.

Présentation du siège (mode des fesses). Grossesse de 8 mois.

Hémorragie rétro-placentaire avec hématome du poids de 400^g.

Monstre mort-né présentant une hernie embryonnaire (éviscération presque complète).

Brièveté du cordon (15^{cm}). Brides amniotiques.

Urines albumineuses chez cette femme.

Foie : pas vu de spirochètes.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 16 janvier 1909.)

4^e ENFANTS VIVANTS.

Observation 260. — Femme Bon., 31 ans, lingère, II pare.

Une grossesse antérieure il y a 8 ans, avec accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort et macéré.

La grossesse actuelle est d'un autre père.

Féminin, 3110^g. Placenta, 630^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois et demi.

Séro-diagnostic (Porgès) du sang du cordon, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité.*)

Observation 261. — Femme Cal., 19 ans, fille publique, III pare.

Deux grossesses antérieures : la première, accouchement il y a 2 ans d'un prématuré de 7 mois, mort-né ; la seconde, terminée par un avortement de 2 mois il y a 1 an.

Féminin, 3500^g. Placenta, 620^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Séro-diagnostic (Porgès) : sang de la mère, négatif ; sang du cordon, négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 27 octobre 1908.)

Observation 262. — Femme Gar., 25 ans, I pare.

Féminin, 1520^g. Placenta, 520^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 7 mois.

Pas vu de spirochètes dans le placenta.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 3 novembre 1907.)

Observation 263. — Femme Gui., 29 ans, ménagère, V pare.

Quatre grossesses antérieures du même père, ayant donné deux enfants vivants à terme, un avortement et un accouchement prématuré d'un enfant mort et macéré.

Féminin, 3700^g. Placenta, 650^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Dégénérescence graisseuse du placenta sur la face fœtale.

Séro-diagnostic (Porgès) du sang du cordon, résultat négatif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 5 février 1909.)

Observation 264. — Femme Heur., 26 ans, blanchisseuse, II pare.

Une grossesse antérieure, terminée il y a 2 ans par l'accouchement à terme d'un enfant vivant, mort d'entérite à 1 an.

Masculin, 3400^g. Placenta, 750^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Séro-diagnostic (réaction de Wassermann) : sang de la mère, résultat positif.

(*Maternité. Hôpital Saint-Louis*, 1^{er} juin 1908.)

Observation 265. — Femme Lam., 35 ans, blanchisseuse, VII pare.

Six grossesses antérieures il y a respectivement 17, 11, 10, 7, 4 et 2 ans, toutes d'un même père et avec accouchements à terme d'enfants vivants, dont le premier est mort à 10 ans de méningite, le quatrième à 8 mois de diarrhée verte, le cinquième à 4 ans et demi d'entérite, le sixième à 2 ans de rougeole.

Féminin, 2930^g. Placenta, 670^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Séro-diagnostic (Porgès) : sang du cordon, négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité*, 8 décembre 1908.)

Observation 266. — Femme Lef., 21 ans, domestique, I pare.
Féminin, 2110^g. Placenta, 530^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 8 mois.

Séro-diagnostic (Porgès) : sang de la mère, négatif; sang du cordon, négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 24 février 1909.*)

Observation 267. — Femme Tho., 25 ans, lingère, II pare.

Une grossesse antérieure, avec accouchement il y a 2 ans d'un enfant prématuré de 7 mois, mort-né.

Féminin, 3450^g. Placenta, 550^g.

Présentation du sommet. Grossesse de 9 mois.

Séro-diagnostic (Porgès) : sang de la mère, négatif; sang du cordon, négatif.

(*Maternité. Hôpital de la Charité, 25 mai 1908.*)

TABLEAU I. — FEMMES SYPHILITIKES (SYPHILIS EN ÉVOLUTION).

1° *Accouchements.*

N°.	Noms.	Âge, de la syphilis.	Parité	Âge de la grossesse.	Traitement.	Poids.			Examen bactériologique.	Séro-réaction.	
						Fœtus.	Placenta.	Foie. Rate.		Wassermann.	Porgès.
1.	Is.	20	0	1 an	début	œuf complet	270	" "	"	"	"
2.	Cas.	20	1 à terme	1 an	0	210	170	" "	"	"	mère+

2° *Enfants morts et macérés.*

3.	Au.	23	0	début gros.	insuf.	210	100	" "	+	"	"
4.	Br.	22	0	milieu gros.	0	1680	400	67	17	+	"
5.	Ba.	23	2 à terme	milieu gros.	0	2200	550	160	45	+	"
6.	Bu.	26	0	début gros.	insuf.	1420	520	70	15	+	"
7.	Ca.	24	1 à terme	début gros.	fin gros.	1040	310	29	2	+	"
8.	Cot.	20	0	?	0	1680	480	50	10	+	"
9.	Cl.	22	1 avort.	début gros.	début seul.	2170	500	110	21	néant	"
10.	Ce.	19	0	début gros.	début seul.	580	220	33	4	+	"
11.	Ch.	23	2 { 1 mort-né } 1 à terme	début gros.	insuf.	1750	800	95	20	+	"
12.	De.	23	1 prématuré	début gros.	insuf.	1020	250	44	4	néant	"
13.	Dec.	33	5 à terme	?	0	1020	320	45	9	+	"
14.	Fr.	25	0	début gros.	0	900	320	125	3	+	"
15.	Go.	19	0	début gros.	insuf.	620	250	"	"	+	"
16.	Gr.	26	0	milieu gros.	0	700	250	35	7	+	"

17.	Jau.	20	0	fin gros.	dès le début	7 mois $\frac{1}{2}$	1820	350	47	7	néant	"	"	"
18.	Le P.	20	0	milieu gros.	suivi	7 mois $\frac{1}{2}$	2750	520	80	14	+	"	mère+	"
19.	La.	18	1 macéré	?	insuf.	6 mois	380	"	25	3	+	"	"	"
20.	Mar.	23	2 à terme	milieu gros.	intensif	8 mois	1850	450	52	8	néant	"	"	"
21.	Ma.	24	3 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ à terme} \\ 1 \text{ prématuré} \\ 1 \text{ macéré} \end{array} \right\}$	?	0	7 mois	1320	400	52	14	+	"	"	"
22.	Meu.	30	1 à terme	milieu gros.	insuf.	7 mois $\frac{1}{2}$	960	280	20	1	+	"	"	mère+
23.	P.	16	0	?	0	6 mois	1150	420	37	8	+	"	"	"
24.	Seg.	18	0	milieu gros.	fin gros.	9 mois	1750	400	60	5	néant	"	"	"
25.	Vil.	18	0	?	0	9 mois	2450	450	110	15	+	"	mère	"

3^e Enfants morts peu après la naissance.

26.	Bez.	22	?	?	?	7 mois $\frac{1}{2}$	1620	600	75	10	+	"	"	"
27.	Del.	21	1 à terme	?	0	7 mois	1970	900	126	27	+	"	"	"
28.	Lu.	22	0	?	fin gros.	7 mois	1660	450	85	33	+	néant	"	"
29.	Poi.	20	0	milieu gros.	fin gros.	9 mois	2200	520	110	18	+	"	"	"
30.	Rab.	"	0	début gros.	fin gros.	9 mois	2320	420	"	"	"	néant	"	"
31.	Reg.	21	0	milieu gros.	fin gros.	6 mois $\frac{1}{2}$	1420	300	65	5	néant	"	"	"
32.	Tey.	23	0	milieu gros.	»	9 mois	2850	470	140	12	+	"	"	"
33.	Th.	19	0	début gros.	régulier	8 mois	2030	450	74	9	+	"	"	enfant—

4^e Enfants vivants avec lésions syphilitiques.

34.	Ch.	17	0	1 mois	0	8 mois	2680	450	"	"	"	"	"	1 mère+ 1 enfant—
35.	Gi.	19	0	1 mois	0	8 mois	2520	500	"	"	"	"	"	enfant+
36.	Me.	24	1 macéré	2 ans	0	9 mois	3250	650	"	"	"	"	mère+	"

N ^o .	Noms.	Age.	Parté.	Age de la syphilis.	Traitement.	Age de la grossesse.	Poids.		Examen bactériologique.	Séro-réaction.		
							Fœtus.	Placenta.			Foie. Rate.	
FEMMES SYPHILITIKES (SYPHILIS EN ÉVOLUTION).												
5 ^e Enfants vivants sans lésions syphilitiques.												
37.	Be.	34	1 prématuré	1 mois	0	9 mois	3630	550	"	"	"	mère+ enfant-
38.	Gui.	21	0	milieu gros.	0	8 mois	2260	400	"	"	"	mère+
39.	La.	19	0	2 mois	immédiat.	9 mois	2700	480	"	"	"	mère douteux
40.	The.	23	0	fin gros.	début	8 mois $\frac{1}{2}$	2450	420	"	"	"	"

TABLEAU II. — FEMMES SYPHILITIKES (SYPHILIS ANCIENNE OU RÉCENTE SANS MANIFESTATIONS).

1 ^o Avortements.												
50.	Go.	22	0	18 mois	début seul.	4 mois	130	120	"	"	néant	mère—
2 ^o Enfants morts et macérés.												
51.	Al.	22	2 à terme	6 mois	début seul.	6 mois	900	180	"	"	néant	"
52.	Ar.	17	0	10 mois	régulier	8 mois	1250	400	80	9	+	"
53.	Ba.	24	0	8 mois	régulier	8 mois	2100	400	78	5	néant	"
54.	Bè.	23	2 à terme	3 mois	régulier	6 mois	2300	1060	320	47	+	"
55.	Ber.	27	1 prématuré	3 ans	régulier.	6 mois	632	215	27	5	+	"
			{ 1 avort.									
56.	Ca.	22	2	{ 1 mort-né }	0	7 mois	1320	460	"	"	+	"

57.	Co.	20	1 à terme 3 à terme	2 ans	0	6 mois $\frac{1}{2}$	1350	600	72	18	+	néant	"	"
58.	Coq.	28	1 prématuré 3 avort.	?	0	7 mois $\frac{1}{2}$	1600	580	67	17	+	"	"	"
59.	Da.	31	1 avort. 1 à terme 1 macéré	18 mois	0	6 mois	1080	420	62	7	+	"	"	"
60.	Des.	22	1 à terme	?	0	6 mois $\frac{1}{2}$	950	440	45	7	+	"	"	"
61.	Du.	28	2 avort.	3 ans	0	6 mois	670	200	20	2	+	"	"	"
62.	Fr.	28	2 à terme	?	0	7 mois $\frac{1}{2}$	1750	750	65*	12	+	"	"	"
63.	Gu.	19	0	début gros.	insuf.	6 mois	1250	450	65	10	+	"	"	"
64.	Ge.	19	0	7 mois	0	5 mois $\frac{1}{2}$	œuf complet	1520	30	5	+	"	mère+	"
65.	Geo.	25	0	début gros.	insuf.	7 mois $\frac{1}{2}$	2000	700	90	14	+	"	"	"
66.	Ja.	17	0	1 an	régulier	7 mois	2550	450	"	"	néant	"	"	"
67.	La.	21	1 à terme	début gros.	0	6 mois	850	450	44	11	+	"	"	mère+
68.	Le.	25	1 à terme	18 mois	début	6 mois	580	300	13	2	+	"	"	mère+
69.	Ma.	32	2 à terme	2 ans	0	8 mois	1670	450	85	18	+	"	"	"
70.	Po.	22	1 macéré	2 ans	0	9 mois	2300	700	120	25	+	"	"	mère-
71.	Pa.	23	0	milieu gros.	0	6 mois $\frac{1}{2}$	1460	580	"	"	+	"	"	"
72.	Qua.	22	0	début gros.	0	8 mois	2480	820	120	20	+	"	"	mère-
73.	Ro.	23	0	milieu gros.	intensif	7 mois	1880	450	"	"	néant	"	"	"
74.	Ve.	25	1 à terme	10 mois	insuf.	8 mois	2250	480	95	12	+	"	mère+	"

3° Enfants morts peu après la naissance.

75.	Hey.	26	0	1 an	régulier	9 mois	3380	620	157	20	+	néant	"	"
76.	La.	22	1 à terme.	1 an	0	7 mois	2050	650	150	40	+	"	"	"

N ^o .	Noms.	Age.	Parti.	Age de la syphilis.	Traitement.	Age de la grossesse.	Poids.			Examen bactériologique.	Séro-réaction.	
							Fœtus.	Rate.	Foie.		Was- sermann.	Porgés.

FEMMES SYPHILITIQUES (SYPHILIS ANCIENNE OU RÉCENTE SANS MANIFESTATIONS).

3° *Enfants morts peu après la naissance* (suite).

77.	Pa.	21	0	1 an	0	7 mois	2430	520	110	+	néant	"
78.	Pi.	25	2 avort.	7 ans	0	8 mois	2750	650	130	25	+	néant
79.	Po.	25	1 avort.	5 ans	début	9 mois	3200	600	"	"	"	mère— enfant—
80.	Ses.	26	3 à terme	?	0	9 mois	3300	920	212	52	+	"

4° *Enfants vivants avec accidents syphilitiques.*

81.	Dr.	18	0	milieu gros.	intensif	9 mois	3150	650	"	"	"	"
82.	Ga.	23	0	10 ans	0	8 mois	1950	570	"	"	"	mère+
83.	Le.	26	4 { 3 à terme 1 avort.	?	insuf.	9 mois	3250	520	"	"	"	mère+
84.	Pom.	34	8 { 6 à terme 2 avort.	?	0	9 mois	3100	600	"	"	"	"

5° *Enfants vivants sans accidents syphilitiques.*

85.	Ge.	33	4 { 1 macéré 3 à terme	12 ans	régulier	9 mois	3030	510	"	"	"	mère+
86.	Pet.	23	2 à terme	5 ans	régulier	9 mois	3100	450	"	"	"	néant
87.	Pu.	29	1 à terme	début gros.	régulier	9 mois	3080	450	"	"	"	mère+

TABLEAU III. — FEMMES SUSPECTES.

1° <i>Avortements.</i>									
	23	1 à terme	5 ans	début	9 mois	$\left. \begin{matrix} 2500 \\ 2700 \end{matrix} \right\}$	900	"	"
88. Rou.	23	1 à terme	5 ans	début	9 mois	$\left. \begin{matrix} 2500 \\ 2700 \end{matrix} \right\}$	900	"	"
89. Roy.	24	0	2 ans	0	9 mois	3100	770	"	"
90. Sam.	23	0	2 ans	0	9 mois	3500	620	"	"
91. Wa.	25	$\left. \begin{matrix} 1 \text{ avort.} \\ 3 \text{ à terme} \end{matrix} \right\}$	6 ans $\frac{1}{2}$	régulier	9 mois	3370	510	"	"
92. Bou.	31	2 avort.	6 ans	insuf.	9 mois	3100	400	"	enfant—
2° <i>Enfants morts et macérés.</i>									
	23	0	"	"	2 mois	$\left. \begin{matrix} \text{œuf} \\ \text{complet} \end{matrix} \right\}$	30	"	"
400. Ja.	23	0	"	"	2 mois	$\left. \begin{matrix} \text{œuf} \\ \text{complet} \end{matrix} \right\}$	30	"	"
401. Pi.	22	$\left. \begin{matrix} 1 \text{ avort.} \\ 1 \text{ à terme} \\ 2 \text{ avort.} \end{matrix} \right\}$	"	"	2 mois $\frac{1}{4}$	10	30	"	mère—
402. An.	24	0	"	"	7 mois	900	320	30	"
403. Ba.	18	0	"	"	5 mois $\frac{1}{2}$	400	230	25	"
404. Be.	21	0	"	"	8 mois	1570	340	40	"
405. Bi.	22	$\left. \begin{matrix} 1 \text{ avort.} \\ 2 \text{ mort-nés} \end{matrix} \right\}$	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	1200	300	"	"
406. Bo.	23	1 à terme	"	"	7 mois	1250	500	70	"
407. De.	26	$\left. \begin{matrix} 4 \text{ à terme} \\ 2 \text{ prématurés} \end{matrix} \right\}$	"	"	9 mois	3050	1100	100	"
408. Di.	28	1 à terme	"	"	9 mois	2220	620	80	"

N.	Noms.	Age.	Parité.	Age de la syphilis.	Traitement.	Age de la grossesse.	Poids.			Examen		Séro-réaction.	
							Fœtus.	Placenta.	Foie. Rate.	bactériologique.	Was- sermann.		Porgés.
FEMMES SUSPECTES.													
2° Enfants morts et macérés (suite).													
109.	Fr.	24	2 macérés	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1320	620	40	3	+	"	"
110.	Jo.	28	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ prématuré} \\ 1 \text{ à terme} \end{array} \right\}$	"	"	7 mois	1420	400	65	7	+	"	"
111.	Le.	23	1 prématuré	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1650	600	75	15	+	"	"
112.	Leq.	22	0	"	"	9 mois	2530	570	110	25	+	"	"
113.	Li.	34	3 prématurés	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	2220	600	90	17	+	"	"
114.	Ma.	19	1 avort.	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	1700	420	35	5	+	"	mère-
115.	Pe.	28	1 à terme	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2980	620	90	10	+	"	"
116.	Pi.	22	1 prématuré	"	"	7 mois	1300	470	57	10	+	"	"
117.	Pr.	20	2 à terme	"	"	5 mois $\frac{1}{2}$	580	230	30	1	néant	"	"
118.	Ts.	26	5 à terme	"	"	8 mois	1500	350	45	5	+	"	"
119.	Y.	23	1 avort.	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2930	850	160	42	néant	"	mère-

3° Enfants morts peu après la naissance.

125.	Au.	23	$\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ prématuré} \\ 1 \text{ à terme} \end{array} \right\}$	"	"	6 mois	1020	180	"	"	néant	"	"
126.	Ba.	26	1 à terme	"	"	8 mois	2300	500	"	"	néant	"	"
127.	De.	22	0	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	2100	750	135	25	néant	"	"
128.	Di.	22	1 prématuré	"	"	9 mois	2120	520	"	"	+	"	"
129.	Lab.	28	1 à terme	"	"	7 mois	1680	370	60	6	néant	"	"

130.	Lep.	28	4 { 1 à terme 3 prématurés }	"	"	7 mois	1600	600	140	40	+	"	"	"
131.	Ler.	24	3 { 1 à terme 1 prématuré 1 avort. }	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2650	520	135	15	+	"	"	enfant—
132.	Lev.	"	"	"	"	9 mois	"	"	110	9	néant	"	"	"
133.	Sul.	17	1 avort.	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1300	750	112	16	+	"	"	"
134.	X.	22	0	"	"	9 mois	3500	530	232	13	néant	"	"	"
<i>4^e Enfants vivants.</i>														
136.	Ab.	28	3 { 1 prématuré 2 macérés }	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2880	580	"	"	"	"	"	mère—
137.	Bo.	19	0	"	"	9 mois	3800	760	"	"	"	"	mère—	"
138.	Des.	30	2 { 1 avort. 1 prématuré }	"	"	9 mois	3700	610	"	"	"	"	"	enfant—
139.	He.	27	1 macéré	"	"	9 mois	3050	780	"	"	"	"	"	enfant—
140.	La.	24	3 { 2 à terme 1 avort. }	"	"	7 mois	2000	"	"	"	"	"	{ mère douteux }	"
141.	Le.	25	3 à terme	"	"	9 mois	4100	720	"	"	"	"	mère—	"
142.	Ob.	18	1 à terme	"	"	7 mois	1900	570	"	"	"	"	"	{ enfant— mère— }
143.	Pe.	19	0	"	"	9 mois	3570	750	"	"	"	"	"	"
144.	Pi.	20	0	"	"	8 mois	1840	570	"	"	"	"	néant	mère—
145.	P'io.	22	1 prématuré	"	"	9 mois	2950	550	"	"	"	"	néant	"
146.	Wa.	28	0	"	"	9 mois	3320	680	"	"	"	"	"	"
147.	Ya.	19	0	"	"	9 mois	3750	750	"	"	"	"	{ mère— douteux }	"
148.	Arn.	26	2 { 1 à terme 1 prématuré }	"	"	9 mois	3670	830	"	"	"	"	"	enfant—

N ^{os} .	Noms.	Age.	Parti.	Age de la syphilis.	Traitement.	Age de la grossesse.	Poids.			Examen bactériologique.		Séro-réaction.
							Fœtus.	Placenta.	Foie. Rate.	Wassermann.	Foie. Placenta.	Wassermann. Porgès.

TABLEAU IV. — FEMMES SAINES.

1^o *Abortements.*

150.	Ber.	21	0	"	"	4 mois $\frac{1}{2}$	250	200	17	2	néant	"	"
151.	Bes.	21	0	"	"	4 mois $\frac{1}{4}$	320	170	17	1	néant	"	"
152.	Dal.	21	1 à terme	"	"	5 mois $\frac{1}{4}$	670	270	35	2	néant	"	"
153.	Far.	16	0	"	"	2 mois	"	"	"	"	néant	"	"
154.	Gaul.	22	0	"	"	2 mois	"	"	"	"	néant	"	"
155.	Gon.	26	0	"	"	4 mois	130	120	"	"	néant	"	"
156.	Mag.	20	1 à terme viv.	"	"	3 mois $\frac{2}{3}$	œuf complet	430	"	"	néant	"	"
157.	Pia.	35	4 à terme viv. 3 avort.	"	"	4 mois	œuf complet	550	"	"	néant	"	"
158.	Pon.	36	1 à terme viv. 1 à 7 mois	"	"	3 mois	150	170	"	"	néant	"	"
159.	Pru.	22	1 à 7 mois	"	"	5 mois $\frac{1}{2}$	610 770	600	32 34	2 2	néant	"	"
160.	Pur.	25	2 à terme viv. 1 av. 5 mois	"	"	5 semaines	"	"	"	"	néant	"	"
161.	Qua.	25	2 avort.	"	"	4 mois $\frac{1}{2}$	250	"	"	"	néant	"	"
162.	Trach.	23	0	"	"	3 mois	120	150	"	"	néant	"	"

2° *Enfants morts et macérés.*

163. Ag.	42	1 terme viv.	"	"	8 mois	1800	180	75	2	néant.	"	"
166. Au.	22	2 avort.	"	"	6 mois	520	150	"	"	néant	"	"
167. Aur.	26	0	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	1720	350	"	"	néant	"	"
168. Beau.	23	3 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ à terme} \\ 2 \text{ av. 5 mois} \end{array} \right\}$	"	"	6 mois	1020	450	112	20	+	"	"
169. Ber.	31	1 à terme viv.	"	"	7 mois	1700	550	80	12	+	"	"
170. Bil.	36	4 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ à terme} \\ 3 \text{ avort.} \end{array} \right\}$	"	"	8 mois	2700	750	75	20	+	"	"
171. Bor.	31	2 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ à 7 mois } \frac{1}{2} \\ 1 \text{ à 8 mois } \frac{1}{2} \end{array} \right\}$	"	"	7 mois	1860	600	"	"	+	néant	"
172. Bos.	21	5 $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ mort-nés 6 m.} \\ 3 \text{ mort-nés 8 m.} \end{array} \right\}$	"	"	8 mois	1950	800	"	"	+	"	"
173. Bouf.	35	3 à terme	"	"	8 mois	1350	325	"	"	+	"	"
174. Bour.	22	1 à terme	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1730	570	65	14	+	"	"
175. Brac.	33	3 $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ à terme} \\ 1 \text{ avort.} \end{array} \right\}$	"	"	9 mois	2510	330	40	3	néant	"	"
176. Bud.	29	1 avort.	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1160	120	"	"	néant	"	"
177. Cal.	32	8 $\left\{ \begin{array}{l} 6 \text{ à terme} \\ 2 \text{ avort.} \end{array} \right\}$	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	1520	400	60	3	néant	"	"
178. Carl.	23	0	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2700	550	65	9	néant	"	"
179. Car.	21	0	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1020	300	33	7	+	"	"
180. Ches.	23	0	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	2800	450	100	6	néant	"	"
181. Cons.	24	4 $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ avort.} \\ 1 \text{ à terme viv.} \\ 1 \text{ à t. m.-né} \\ 1 \text{ avort.} \end{array} \right\}$	"	"	9 mois	3300	620	62	7	néant	"	"

N ^o .	Noms.	Age.	Parité.	Age de la syphilis.	Traitement.	Age de la grossesse.	Poids.		Examen bactériologique.		Séro-réaction.	
							Fœtus.	Placenta.	Fœt. Rate.	Fœt. Placenta.		Was-sermann.
FEMMES SAINES.												
2 ^o Enfants morts et macérés (suite).												
182.	Consi.	20	1 à 7 mois	"	"	7 mois	620	150	32	1	néant	"
183.	Cot.	23	1 macéré	"	"	9 mois	3380	770	126	42	+	"
184.	Dan.	22	1 à terme	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1520	"	55	10	+	"
185.	Dar.	25	1 macéré	"	"	7 mois $\frac{1}{4}$	760	280	"	"	+	"
186.	Dau.	40	1 à terme	"	"	8 mois	"	350	"	"	+	"
187.	Dem.	24	1 à terme	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1050	320	45	2	néant	"
188.	Den.	19	0	"	"	8 mois	1400	600	110	14	+	"
189.	Dour.	39	4 à terme viv.	"	"	6 mois $\frac{1}{2}$	1500	350	55	7	+	"
190.	Dru.	26	4 prématurés	"	"	6 mois	650	160	"	"	néant	"
191.	Duf.	27	0	"	"	9 mois	3850	500	125	10	néant	"
192.	Etié.	23	2 macérés	"	"	7 mois	1850	450	"	"	+	"
193.	Fey.	25	1 à terme	"	"	7 mois	850	350	58	12	+	"
194.	Fleu.	36	5 { 4 à terme } 1 à 7 mois {	"	"	7 mois	1650	550	75	13	+	"
195.	Gar.	37	1 à terme	"	"	7 mois	1820	"	90	21	+	"
196.	Gav.	32	1 à terme	"	"	8 mois	2980	"	182	32	+	"
197.	Gir.	35	5 { 4 à terme } 1 avort. {	"	"	8 mois $\frac{1}{2}$	3120	660	132	19	+	"
198.	Gras.	18	0	"	"	7 mois	1050	"	30	5	+	"
199.	Guil.	28	2 à terme	"	"	9 mois	1380	270	"	"	néant	"
200.	Hen.	20	0	"	"	5 mois $\frac{1}{2}$	520	"	"	"	néant	"

201.	Hers.	26	1 à terme	"	"	270	"	"	néant	"	"
202.	Lai.	25	4 à terme	"	"	350	40	4	+	"	"
203.	Lef.	21	o	"	"	220	40	2	néant	"	"
204.	Leg.	23	2 { 1 avort. } 1 à terme	"	"	170	"	"	néant	"	"
205.	Lem.	34	7 { 4 à terme } 3 avort. }	"	"	700	89	13	+	"	"
206.	Lema.	21	1 à 7 mois $\frac{1}{2}$	"	"	œuf complet	1100	30	2	néant	"
207.	Lep.	26	2 macérés	"	"	550	75	9	+	"	"
208.	Ler.	27	1 mort-né à t.	"	"	150	"	"	néant	"	"
209.	Mal.	24	o	"	"	420	"	"	+	"	"
210.	Max.	24	1 à 8 mois $\frac{1}{2}$	"	"	360	"	"	néant	"	"
211.	Mon.	18	o	"	"	320	"	"	néant	"	"
212.	Mor.	18	o	"	"	900	90	15	+	"	"
213.	Olc.	18	1 macéré	"	"	530	110	4	néant	"	"
214.	Pet.	33	1 à 8 mois	"	"	840	"	"	néant	"	"
215.	Red.	20	1 à 8 terme	"	"	350	"	"	néant	"	"
216.	Ren.	26	1 à terme	"	"	450	113	12	néant	"	"
217.	Rob.	24	o	"	"	50	"	"	néant	"	"
218.	Sac.	27	o	"	"	800	175	15	+	"	"
219.	Sch.	33	5 { 2 à terme } 3 prématurés }	"	"	500	90	10	néant	"	"
220.	Sel.	14	o	"	"	500	140	15	+	"	"
221.	Tes.	41	6 à terme	"	"	430	20	1	néant	"	"
222.	Ver.	28	2 à terme	"	"	1400	70	5	+	"	"
223.	Vig.	21	o	"	"	3520	530	62	néant	"	"
224.	Vil.	29	1 à terme	"	"	1270	280	"	+	"	"

N°.	Noms.	Age.	l'arté.	Age de la grossesse.	Enfant.	Poids.		Examen bactériologique.	Séro-réaction.		
						Fœtus.	Placenta. Foie. Rate.		Was- Placenta. sermann	Pogès.	
FEMMES SAINES.											
3° Enfants morts peu après la naissance.											
230.	Ad.	26	0	8 mois	mort après 10 minutes	2950	740	"	"	"	"
231.	Ap.	"	"	7 mois $\frac{1}{2}$	mort après 2 mois	2500	"	110	10	néant	"
232.	Bal.	26	1 à terme	9 mois	mort après 3 jours	2050	"	"	"	néant	"
233.	Bel.	33	5 à terme 1 prématuré	9 mois	mort après 12 jours	3370	850	125	25	néant	"
234.	Boul.	27	2 à terme	9 mois	mort-né	4180	510	"	"	néant	"
235.	Brick.	38	1 avort. 6 à terme	7 mois	mort après 36 heures	1900	510	70	5	néant	"
236.	Chab.	25	3 à terme	8 mois	mort après 25 jours	1630	430	77	7	néant	"
237.	Coul.	22	1 à terme	8 mois $\frac{1}{2}$	mort-né	2600	620	130	5	néant	"
238.	Cout.	38	1 à terme 1 à 6 mois $\frac{1}{2}$ 1 à 8 mois	7 mois	mort après 24 heures	1670	450	75	5	néant	"
239.	Des.	24	2 à terme	8 mois $\frac{1}{2}$	mort-né	2330	450	80	5	néant	"
240.	Did.	19	1 à terme	6 mois $\frac{1}{2}$	mort après 7 heures	1060	360	47	47	néant	"
241.	Dub.	23	1 à 8 mois	7 mois	mort après 48 heures	1950	450	"	"	néant	"
242.	Gail.	25	0	8 mois $\frac{1}{2}$	mort après 3 semaines	"	"	175	40	+	"
243.	Gir.	23	1 à 6 mois $\frac{1}{2}$	7 mois	mort après 2 heures	1920	430	82	9	néant	"
244.	Gues.	26	1 avort.	7 mois $\frac{1}{2}$	mort après 4 jours	1950	450	55	2	néant	"

245.	Koh.	19	0	7 mois	mort après 3 jours	1430	450	22	2	néant	"	"
246.	Kuhn.	34	6 { 5 à terme 1 avort. }	9 mois	mort ap. quelques inspir. 3050		470	95	5	néant	"	"
247.	Le Bi.	28	2 { 1 à 7 mois 1 à terme }	8 mois	mort après 7 heures	2150	470	109	13	néant	"	"
248.	Legor.	37	2 { 1 avort. 1 mort-né }	7 mois	mort après 1 heure	1000	380	"	"	néant	"	"
249.	Mal.	29	7 { 6 à terme 1 à 7 mois }	7 mois	mort après 7 jours	2470	460	"	"	+	"	"
250.	Mio.	34	2 { 1 à terme 1 gémellaire à 7 mois }	8 mois	mort après 10 minutes	1920	680	165	18	+	"	"
251.	Pir.	19	0	8 mois	mort après 3 jours	2500	580	110	12	néant	"	"
252.	Qui.	28	7 { 6 à terme 1 à 7 mois }	8 mois	mort après 7 heures	2960	630	210	6	néant	"	"
253.	Rox.	19	0	8 mois	mort après 24 heures	2120	600	105	5	néant	"	"
254.	Vid.	19	1 à terme	9 mois	mort après 24 heures	2050	"	85	6	néant	"	"
255.	Ver.	24	1 avort.	8 mois	mort-né	2310	"	"	"	néant	"	"
<i>4° Enfants vivants.</i>												
260.	Bon.	34	1 macéré	8 mois $\frac{1}{2}$	"	3110	660	"	"	"	"	enfant—
261.	Cal.	19	2 { 1 mort-né 1 avort. }	9 mois	"	3500	620	"	"	"	"	{ mère— enfant—
262.	Gar.	25	0	7 mois	"	1520	520	"	"	"	néant	"
263.	Gui.	29	4 { 2 à terme 1 avort. 1 macéré }	9 mois	"	3700	650	"	"	"	"	enfant—

N ^o .	Noms.	Age.	Parité.	Age de la grossesse.	Enfant.	Poids.			Examen bactériologique.			Séro-réaction.	
						Fœtus.	Placenta.	Foie. Rate.	Foie. Placenta.	Foie. Placenta.	Wassermann.	Porgès.	
264.	Heur.	26	1 à terme	9 mois	"	3400	750	"	"	"	mère+	"	
265.	Lam.	35	6 à terme	9 mois	"	2930	670	"	"	"	"	enfant-	
266.	Lef.	21	0	8 mois	"	2110	530	"	"	"	"	{ mère- enfant-	
267.	Tho.	25	1 mort-né	9 mois	"	3450	550	"	"	"	"	{ mère- enfant-	

CONCLUSIONS.

1. Chez les femmes syphilitiques, quand il n'y a pas eu préalablement avortement, l'accouchement prématuré avec enfant mort et macéré est presque la règle (57 pour 100).

2. Il est presque constant de ne pas rencontrer le spirochète pâle de Schaudinn dans le foie des embryons et des fœtus de moins de 5 mois, issus de femmes syphilitiques avérées.

Ce fait ne peut guère s'expliquer par une disparition secondaire du parasite, et nous avons tendance à admettre que la pénétration du spirille dans la circulation fœtale ne se fait que vers le sixième mois de la gestation, quand l'enfant est contaminé par la mère.

3. Il y aurait lieu de reprendre l'étude de la fréquence de l'avortement chez les femmes atteintes de syphilis et contaminant de ce chef leur enfant.

La rareté avec laquelle on trouve le spirochète de la syphilis dans le foie des embryons avant 6 mois donne à penser que, dans ces cas, l'avortement est peut-être moins fréquent qu'on ne le pense.

4. Si l'on inverse la donnée du problème et si l'on recherche la relation qui existe entre la macération du fœtus et la syphilis, on constate que, si l'on tient pour seuls syphilitiques les enfants macérés dans le foie desquels on a trouvé des spirilles, la proportion des enfants macérés syphilitiques serait de 64 pour 100; la proportion des enfants macérés non syphilitiques serait de 36 pour 100.

Mais il est évident qu'un certain nombre d'enfants macérés syphilitiques ont pu ne pas présenter de spirilles dans les fragments examinés. Néanmoins on peut admettre d'autorité que, dans les deux tiers des cas, *macération fœtale* signifie *syphilis du fœtus*.

5. Quand le foie d'un enfant macéré contient des spirilles, la mère étant indemne de tout accident syphilitique récent ou ancien, il y a lieu de penser que la syphilis du fœtus est d'origine paternelle.

6. Dans les cas où le spirochète de la mère constitue l'agent infectant, on trouve des spirochètes dans le foie du fœtus, aussi bien lorsque la syphilis maternelle est ancienne que lorsqu'elle est récente, quand elle est floride que lorsqu'elle est torpide et non floride.

7. La présence du spirochète de la syphilis pouvant s'observer chez des fœtus issus de femmes chez qui pendant de longues années il n'y a pas eu de signes de syphilis ou qui n'en ont pas actuellement, on en vient à admettre que le spirochète vivant pour ainsi dire à l'état latent dans l'organisme maternel est capable de se développer avec activité dans l'organisme neuf qu'est le fœtus.

8. Le foie des enfants vivants est en général beaucoup plus riche en spirochètes que le foie des enfants macérés; cette constatation semble donc indiquer que la macération n'est pas, comme on avait voulu voir tout d'abord, la principale condition pour la pullulation des spirochètes.

9. L'absence de spirochètes ayant coïncidé le plus souvent avec le traitement suivi par la mère, il y a lieu de traiter, dès le début et pendant tout le cours de sa grossesse, toute femme suspecte de syphilis et *a fortiori* toute femme certainement syphilitique, même quand cette syphilis est ancienne.

10. L'infection syphilitique d'origine paternelle étant prouvée par la présence du spirochète dans le foie du fœtus, alors que la mère est indemne, il y a lieu de traiter dès le début, et pendant tout le cours de sa grossesse, toute femme qui procréé du fait d'un mari syphilitique récent ou ancien.

11. Il est des cas où, la mère syphilitique ayant suivi un traitement régulier pendant tout le cours de la grossesse, nous avons trouvé néanmoins des spirochètes dans le foie du fœtus.

Ces faits montrent que le traitement est facilement insuffisant pendant la grossesse. Il y a donc nécessité chez la femme syphilitique enceinte de recourir à une médication énergique : les injections intra-musculaires ou intra-veineuses sont seules recommandables.

12. L'excès du poids, du placenta, du foie ou de la rate, par rapport au poids du fœtus, signifie presque toujours *syphilis*.

Cependant, quand on fait appel à cette donnée pour établir le diagnostic probable de syphilis, il faut tenir compte du développement variable des organes selon l'âge plus ou moins avancé de la grossesse. Enfin, le degré de macération joue un rôle susceptible de vicier les appréciations.

13. La recherche des spirochètes dans le placenta, tant foetal que maternel, étant presque toujours négative, même dans les cas de syphilis avérée de la mère, ce mode d'investigation ne permet pas de dépister la syphilis héréditaire congénitale.

14. La recherche des spirochètes dans le foie des monstres et des enfants ayant présenté des malformations congénitales, issus de femmes paraissant indemnes de syphilis, nous ayant presque toujours donné des résultats négatifs, nous pensons être autorisé à admettre que, si la syphilis a été un facteur tératologique, les monstres ne sont pas par eux-mêmes des syphilitiques au sens propre du mot.

15. Dans les gommés hépatiques des hérédo-syphilitiques, les spirochètes sont en général toujours nombreux.

Les parasites sont en outre capables de pénétrer dans les fibres conjonctivo-élastiques de ces tumeurs.

Vu : le président de la thèse,
PAUL BAR.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE.

- P. BAR et DE KERVILLY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, février 1907.
- P. BAR et R. DAUNAY. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né (Méthode de Wassermann) (*L'Obstétrique*, janvier, février, avril 1909).
- P. BAR, A. BRINDEAU et J. CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (Paris, Asselin et Houzeau; 1909).
- BAB. — Bactériologie et biologie de la syphilis congénitale (*Zeitsch. f. geburtsh. u. Gynäkol.*, t. LX, n° 2, 1907).
- BABES et PANEA. — Ueber pathologische Veränderungen und Spirochæte pallida bei congenitaler Syphilis (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, 1905).
- Ueber Spirochæte pallida bei congenitaler Syphilis (*Berl. Klin. Woch.*, n° 48, 1905).
- BARRAULT (Charles). — Syphilis paternelle. Essai de prophylaxie de l'hérédo-syphilis (*Thèse de Paris*, H. Jouve; 1898).
- BECK. — Vizsgálatok a Spirochæte pallida előfordulásáról öröklött syphilisnél (*Gyermekorvos*, Budapest, 1905).
- Congenital luetische. Erkrankung der gallenblase und der grossen Gallenwege (*Prager. med. Woch.*, n° 26, 1884).
- BODIN. — *Spirochæte pallida* dans la syphilis héréditaire (*Annales de Dermat. et Syphil.*, n° 5, 1907).
- BAUER. — Das Collessche und Profetasche Gesetz, im Lichte der modernen Serumforschung (*Wien. Klin. Woch.*, n° 36, 1908).

BOUCHER (P.). — De l'influence du traitement antisypilitique chez la femme enceinte sur le fœtus (Paris, H. Jouve; 1904).

BRÖNNUM et ELLERMANN. — Spirochæte pallida in den inneren organen bei syphilis hereditaria (*Deut. med. Woch.*, n° 44, 2 novembre 1905).

— Spiroch. pall. in der Milz. eines syphil. Fœtus (*Kopenhagen Hospitalstidende*, n° 39, 1905, p. 918).

BOSC. — Treponema pallidum Schaudinn dans les lésions de syphilis héréditaire. Formes de dégénérescence des tréponèmes et leur ressemblance avec *Spirochæte refringens* (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 18 février 1906).

— Gommès sypilitiques et tréponèmes. Structure générale et signification des gommès (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1906).

BUSCHKE. — Spirochètes dans les organes internes d'un enfant hérédo-sypilitique (*Med. Klin. Berlin*, n° 24, 21 mai 1905).

BUSCHKE et FISCHER. — Ein Fall von Myocarditis syphilitica bei hereditärer Lues mit Spirochätenbefund (*Deut. med. Woch.*, n° 19, 10 mai 1906).

— Ueber die Beziehungen der Spirochæte pallida, zur kongenitalen Syphilis, nebst einigen Bemerkungen über ihre Lagerung im Gewebe bei akquirierter Lues (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd. LXXXII, Heft 1, 1906).

— Weitere Beobachtungen über Spirochæte pallida (*Berlin Klin. Woch.*, 26 mars 1906).

— Ueber das Vorkommen von Spiroch. in inneren Organen eines syphil. Kindes (*Deut. med. Woch.*, n° 20, 18 mai 1905, p. 791).

— Ueber die Lagerung der Spir. pall. in gewebe (*Berl. Klin. Woch.*, n° 1, 1906, p. 6).

DOHL. — Ueber das Vorkommen der Spirochæte pallida im Gewebe (*Centralbl. für Bakt.*, Bd. XLIX, Heft 3, 1907).

ÉTIENNE (Georges). — Contribution à l'étude du traitement des mères syphilitiques, surtout pendant la grossesse, sur la santé des nouveau-nés (*Ann. de Gynécol. et d'Obst.*, avril 1902).

ENTZ. — Ueber das Vorkommen der Spirochæte pallida bei kongenitaler Syphilis (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Bd: LXXXI, n° 1, 1906).

FOUQUET. — Étude sur la syphilis héréditaire du foie (*Ann. des Maladies vénériennes*, juillet-novembre 1907).

— Étude anatomo-pathologique et micro-biologique de quatre fœtus héredo-syphilitiques (*Bulletin de la Société française d'Obstétrique*, 17 janvier 1907).

— Le tréponème pâle de la syphilis; ses localisations (*Gazette des Hôpitaux*, n° 37, 28 mars 1908, p. 435).

— Présence des spirochètes pâles de Schaudinn dans le testicule d'un nouveau-né héredo-syphilitique (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 29 novembre 1906).

— Présence de tréponèmes pâles de Schaudinn dans l'appendice d'un fœtus héredo-syphilitique (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 16 décembre 1907).

FREUND. — Congenitale interstitielle Hepatitis mit Anomalie der Gallenausführungsgänge (*Jahrb. für Kinderheilk*, t. IX, 1875, p. 178).

FRALEU. — Du pemphigus chez le nouveau-né. Sa valeur diagnostique dans la syphilis (Paris, J. Rueff; 1897).

FELDMANN. — *Spirochæte pallida* in den Organen und im Blute eines syphilitischen Neugeborenen (*Ungar. med. Presse Budapest*, t. XI, 1906, p. 28).

FEUILLIÉ. — Localisations du *Spirochæte pallida* chez un fœtus héredo-syphilitique (*Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 9 mars 1906).

FOURNIER (Professeur). — Influence de la syphilis sur la mortalité infantile (Paris, G. Masson; 1885).

— Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis (Paris, Rueff; 1890).

GASTOU. — La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique (*Rapport au XV^e Congrès international de Médecine*, Lisbonne, 19-26 avril 1906).

— Syphilis (*Traité des maladies de l'enfance* de Graucher et Comby, t. I, 2^e édition. Paris, Masson et C^{ie}).

— Le coryza syphilitique (*Revue d'Hygiène et de Médecine infantiles*, t. III, n^o 3, 1904).

GASTOU et GIRAULD. — Fréquence du tréponème hépatique dans la macération fœtale et syphilis congénitale (*Bull. Soc. franç. Dermat. et Syphil.*, février 1908).

— La syphilis héréditaire congénitale et la macération fœtale (*Annales des maladies vénériennes*, avril 1908).

— Présence du spirochète pâle de Schaudinn dans les fibres conjunctivo-élastiques d'une gomme hépatique chez un hérédo-syphilitique (*Bull. Soc. d'Obstétrique de Paris*, mars 1909).

GASTOU. — Diagnostic de la syphilis par l'ultramicroscope (*Presse médicale*, n^o 30, 11 avril 1908).

GIERKE. — Das Verhältniss zwischen Spirochæten und den Organen kongenital syphilitischer Kinder (*Münch. med. Woch.*, n^o 9, 27 février 1906).

GRÄFENBERG. — Der Einfluss der Syphilis auf den Nachkommen-schaft (*Archiv. für Gynäk.*, t. LXXXVII, 1908, p. 190).

HOFBAUER. — De l'influencement expérimental de la grossesse (*Berl. Klin. Woch.*, 23 novembre 1908; Anal. in *Semaine médicale*, n^o 19, 12 mai 1909).

HUTINEL et HUDELO, — Étude sur les lésions syphilitiques chez les fœtus et les nouveau-nés (*Arch. de Médecine expérimentale*, juillet 1890, p. 509).

HOCHSINGER. — Zur Kenntniss der angeborenen Lebersyphilis der

- Säuglinge (*Wiener. med. Woch.*, 1896, p. 345, 406, 449, 490, 534, 588).
- HANS SCHLIMPERT. — Spirochäten befunde in den Organen kongenitaler syphilitischer Neugeborener (*Deut. med. Woch.*, 1906, p. 1037).
- HERXHEIMER. — Spirochæte pallida im Gewebe (*Deut. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1906).
- HOFFMANN. — Demonstration von Präparaten der *Spirochæte pallida* in Schnitten der Placentä, der Lunge und einer Papel (*Berl. Klin. Woch.*, n° 6, 5 février 1906).
- HOFFMANN et BEER. — Weitere Mitteilungen über den Nachweis der *Spirochæte pallida* im Gewebe (*Deut. med. Woch.*, n° 22, 31 mai 1906).
- HUEBSCHMANN. — Hérédosyphilis et spirochètes de Schaudinn (*Anal. in. Presse méd.*, n° 60, 28 juillet 1906).
- Beziehungen zwischen *Spirochæte pallida* und Organerkrankungen bei Syphilis congenita (*Berl. Klin. Woch.*, n° 24, 1906).
- HEDRÉN. — Untersuchungen über *Spirochæte pallida* bei kongenitaler Syphilis (*Centralbl. für Bakteriologie*, Bd. XLVI, Heft 3, 18 février 1908).
- JAMBON. — Le *Treponema pallidum* de Schaudinn dans les tissus des hérédosyphilitiques (*Province méd.*, n° 40, 6 octobre 1906).
- KRAUS et PRANTSCHOFF. — Ueber das konstante Vorkommen der *Spirochæte pallida* in syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen (*Wien. Klin. Woch.*, n° 37, 14 septembre 1905).
- LEVADITI. — L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le spirochète pâle (*Ann. de l'Institut Pasteur*, n° 4, janvier 1906, p. 40).
- L'histologie pathologique de l'hérédosyphilis dans ses rapports avec le *Spirochæte pallida* Schaudinn (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LIX, 28 octobre 1905).

- Préparations de spirochètes provenant du liquide des vésicules de pemphigus d'un enfant hérédosyphilitique (*Académie de Médecine*, 16 mai 1905).
- Syphilis congénitale et *Spirochaete pallida* Schaudinn (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LVIII, 20 mai 1905, et *Presse médicale*, n° 43, 31 mai 1905).
- A propos de l'imprégnation au nitrate d'argent des spirochètes sur coupes (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LX, 13 janvier 1906).
- LEVADITI et MANOUÉLIAN. — Nouvelle méthode rapide pour la coloration des spirochètes sur coupes (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LX, 20 janvier 1906).
- LEVADITI, NOBÉCOURT et DARRÉ. — Syphilis congénitale et *Spirochaete pallida* Schaudinn (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LVIII, 17 juin 1905).
- LEVADITI et SALMON. — Localisations du spirochète dans un cas de syphilis héréditaire (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LIX, 18 novembre 1905).
- LEVADITI et ROCHÉ. — La syphilis (Paris, Masson; 1909).
- LEVADITI et SAUVAGE. — Sur un cas de syphilis héréditaire tardive avec présence du *Spirochaete pallida* dans les viscères (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LIX, 28 octobre 1905).
- Pénétration du *Treponema pallidum* dans l'ovule (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 15 octobre 1906).
- LIPSCHÜTZ. — Zur kenntniss der *Spirochaete pallida* im syphilitischen Gewebe (*Wien. Klin. Woch.*, n° 37, 1906).
- LENOBLE. — Valeur séméiologique et pronostique de la réaction myéloïde chez les enfants hérédosyphilitiques à gros foie et à grosse rate (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1905, p. 839).
- LÉVY-BING. — Le microorganisme de la syphilis (Paris, Doin; 1907).

LEGRAND (Louis). — Syphilis et grossesse. Essai sur la syphilis post-conceptionnelle (*Thèse*, Paris, H. Jouve; 1886).

LEVIN (M^{lle}). — La syphilis ignorée (Paris, H. Jouve; 1897).

LEINER. — Demonstration von Schaudinnsche Spirochæten in Pemphigus inhalt eines hereditär-syphilitischen Kindes (*Wien. Klin. Woch.*, n° 29, 20 juillet 1905).

MARFAN. — Hypertrophie chronique de la rate dans la syphilis héréditaire précoce (*Revue des maladies de l'enfance*, mars 1903).

MARLIER. — Étude sur la syphilis conceptionnelle immédiate (Paris, H. Jouve; 1897).

MÉNÉTRIER et RUBENS-DUVAL. — Sur un cas de septicémie à spirochète de Schaudinn chez un nouveau-né syphilitique (*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 29 décembre 1905).

MILHIT. — A propos de la syphilis du foie (*Gazette des Hôpitaux*, n° 11, 27 janvier 1906).

MUCHA et SCHERBER. — Demonstration von *Spirochæte pallida* Schaudinn in Gewebe einer luetischen Plazenta (*Wien. Klin. Woch.*, n° 7, 15 février 1906).

— Ueber den Nachweis der *Spirochæte pallida* in syphilitischen Gewebe (*Wien. Klin. Woch.*, n° 6, 8 février 1906).

MAURIAC et FIEUX. — Transmission mortelle au fœtus d'une syphilis post-conceptionnelle tardive (*Ann. de Gynécol. et d'Obstétr.*, décembre 1908).

NATTAN-LARRIER et A. BRINDEAU. — Présence du *Spirochæte pallida* dans le placenta syphilitique (*Presse médicale*, n° 3, 1906; *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LX, 27 janvier 1906).

— Passage du *Spirochæte pallida* des tissus fœtaux aux tissus maternels dans le placenta syphilitique (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LX, 3 février 1906).

NATTAN-LARRIER et BERGERON. — Présence du *Spirochæte pallida*

dans le sang des syphilitiques (*Presse médicale*, n° 3, 10 janvier 1906).

NICOLAS et FAYRE. — Sur la présence du spirochète dans le foie d'un hérédo-syphilitique (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 9 janvier 1906).

NIGRIS. — *Spirochæte pallida* und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues (*Deut. med. Woch.*, n° 36, 7 septembre 1905).

NOEGERATH et STOEHELIN. — Zum Nachweis der *Spirochæte pallida* im Blut syphilitischer (*Münch. med. Woch.*, n° 31, 1^{er} août 1905).

PARIS et SALOMON. — Étude histologique des organes hématopoiétiques de l'enfant atteint de syphilis héréditaire (*Arch. de Médecine expérimentale*, 1904, p. 113).

PINARD. — Prophylaxie de l'hérédo-syphilis (*Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*. Paris, décembre 1899).

POURREYON. — Tabes conjugal et tabes hérédo-syphilitique (Paris, 1900).

PARODI. — Sulla presenza della Spirochæte di Schaudinn nel testicolo in un caso di sifilide ereditaria (*R. Accad. di Med. di Torino*, 30 mars 1906; in *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, n°s 3 et 4, mars et avril 1906).

PLAUCHU. — Rapport du poids du placenta et du poids de l'enfant dans le diagnostic de la syphilis héréditaire latente (*Anal. in L'Obstétrique*, avril 1909, p. 289).

QUEYRAT, LEVADITI et FEUILLIÉ. — Constatacion du spirochète de Schaudinn dans le foie et la rate d'un fœtus macéré (*Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphil.*, n° 9, décembre 1905).

RIBADEAU-DUMAS et POISOT. — Anémie avec myélocythémie chez un hérédo-syphilitique. Présence du spirochète dans le sang et dans tous les organes (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 16 février 1907).

ROTH. — Congenital Defekt der Gallenwege (*Virchow's Archiv.*, t. XLIII, n° 2, p. 296).

DE ROCHEBRUNE. — De quelques manifestations de la syphilis congénitale et spécialement de l'induration fibro-plastique du foie chez le fœtus et le nouveau-né (*Thèse*, Paris; 1874).

RADÉLI. — Dimostrazione della *Spirochæte pallida* nei tessuti (*Accad. med. fis. fiorent.*, 18 janvier 1906; in *Sperimentale*, t. LX, fasc. I).

— Dimostrazione della *Spirochæte pallida* nel fegato in un caso di sifilide ereditaria (*Accad. med. fis. fiorent.*, 15 février 1906; in *Sperimentale*, t. LX, fasc. II).

— Ricerche sulla *Spirochæte pallida* nella sifilide ereditaria (*Accad. med. fis. fiorent.*, 26 avril 1906; in *Sperimentale*, t. LX, fasc. II).

— Dimostrazione della *Spirochæte pallida* nella placenta (*Accad. med. fis. fiorent.*, 3 mai 1906; in *Sperimentale*, t. LX, fasc. II).

— Ricerche sulla *Spirochæte pallida* nella sifilide acquisita ed ereditaria (*Giorn. ital. d. mal. vener. e della pelle*, fasc. II, 1906).

RAVAUT et PONSELLE. — Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques (*Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, séance du 12 juillet 1906).

REISCHAUER. — Ein weiterer Spirochätenbefund bei hereditärer Lues (*Deut. med. Woch.*, n° 34, 24 août 1905).

RIBADEAU-DUMAS et POISOT. — Ictère et hémorragies chez un hérédo-syphilitique. Anémie et myéline, septicémie à *Spirochæte pallida* (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LXII, 16 février 1907).

SCHAWB. — De la syphilis du placenta (Paris, 1896).

SERINGE (Henri). — Le testicule dans la syphilis héréditaire (Paris, G. Steinheil; 1899).

- SALMON. — Présence du *Spirochaete pallida* chez un enfant syphilitique héréditaire (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LVIII, 27 mai 1905).
- SALMON et MACÉ. — Quelques considérations sur le spirochète de la syphilis des nouveau-nés (*Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris*, n° 7, 16 novembre 1905).
- SAUVAGE et LEVADITI. — Sur un cas de syphilis héréditaire (*Comptes rendus de la Soc. d'Obstétr., de Gyn. et de Pédiat. de Paris*, janvier 1906).
- SCHRIDDE. — Spirochäten befunde bei einem Falle von kongenitaler Syphilis (*Münch. med. Woch.*, n° 32, 8 août 1905).
- SIMMONDS. — Ueber den diagnostischen Wert des Spirochätenbefundes bei Syphilis congenita (*Münch. med. Woch.*, n° 19, 8 mai 1906).
- DE SOUZA et PEREIRA. — Ueber das Vorkommen von *Spirochaete pallida* bei acquirierter und congenitaler Syphilis (*Berl. Klin. Woch.*, n° 44, 10 octobre 1905).
- STANZIALE. — Das *Treponema pallidum* in der syphilitischen Placenta (*Centralbl. für Bakteriologie*, Bd. XLIX, Heft 4, 18 mars 1909).
- SCHULTZ. — The distribution of *Treponema pallidum* in the tissues in congenital syphilis (*Journ. of. med. Research*, t. XV, fasc. III, décembre 1906).
- TISSIER et GIRAULD. — Syphilis congénitale (*Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris*, janvier 1908).
- Hérédo-syphilis et macération fœtale (*Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris*, décembre 1908).
- TAYLOR. — Hereditary Syphilis (*New-York med. Journ.*, 3 février 1906).
- VERSÉ. — Die *Spirochaete pallida* in ihren Beziehungen zu den syphilitischen Gewebsveränderungen (*Med. Klin.*, nos 24, 25, 26, 1906).

VOLPINO. — Sulla colorazione delle Spirochæte nelle sezioni di organi sifilitici (*Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, n^{os} 11, 12, 1905).

WALLICH. — De l'avortement dans la syphilis (*Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir.*, octobre 1893).

WALLICH et LEVADITI. — Recherches sur la présence du *Spirochæte pallida* dans le placenta (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. LX, 27 janvier 1906, p. 191).

— Recherches sur la syphilis du placenta (*Ann. de Gyn. et d'Obstétr.*, février 1906).



TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
Préface de M. le Dr P. Miquel.....	xv
Introduction.....	1
Historique.....	5
CHAPITRE I. — <i>Influence de la syphilis, suivant son origine et son âge, sur l'évolution, embryonnaire et fœtale</i>	10
Syphilis originelle paternelle.....	11
Syphilis originelle maternelle.....	14
Syphilis maternelle post-conceptionnelle.....	15
Syphilis maternelle anté-conceptionnelle.....	17
Syphilis mixte.....	20
Influence du temps.....	20
Syphilis de deuxième génération.....	21
CHAPITRE II. — <i>Étude clinique de la syphilis héréditaire congénitale</i> ...	23
Définition et description de la macération fœtale.....	29
Modifications et évolution du fœtus macéré dans l'utérus.....	34
Variétés d'aspect du fœtus macéré.....	35
CHAPITRE III. — <i>Technique pour la recherche des spirochètes dans les organes, humeurs et sérosités</i>	39
Technique de l'examen à l'ultramicroscope.....	39
Coloration des spirochètes. Imprégnation argentique.....	41
CHAPITRE IV. — <i>Distribution et localisations du spirochète dans la syphilis héréditaire congénitale</i>	45
Placenta.....	48
Membranes de l'œuf et cordon.....	49
Foie.....	50
Histologie du foie dans la macération fœtale.....	51
Rate.....	56
Recherches personnelles.....	58
Observations justificatives.....	63
Conclusions.....	147
Bibliographie.....	150

PARIS. — IMPRIMERIE GAUTHIER-VILLARS,
43620 Quai des Grands-Augustins, 55.

PARIS. — IMPRIMERIE GAUTHIER-VILLARS.

43620 Quai des Grands-Augustins, 55.
